FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1909-1910 N° 29

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

MALADIE DE HIRSCHSPRUNG

(DILATATION IDIOPATHIQUE DU GROS INTESTIN
OU MÉGACOLON CONGÉNITAL)

Avec Planches spéciales

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Samedi 23 juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

WEIL (MAURICE)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

NÉ LE 19 JANVIER 1886, A RAMBERVILLERS (VOSGES)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

HERRGOTT, Professeur. *Président.*
ROHMER, Professeur. . }
FRŒLICH, Agrégé. . . } *Juges.*
RICHON, Agrégé. . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1910

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547216_0029

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE LA

MALADIE DE HIRSCHSPRUNG

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1909-1910 N° 29

CONTRIBUTION

À L'ÉTUDE DE LA

MALADIE DE HIRSCHSPRUNG

(DILATATION IDIOPATHIQUE DU GROS INTESTIN
OU MÉGACOLON CONGÉNITAL)

Avec Planches spéciales

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Samedi 23 juillet 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. NANCY BAT. BIBL.

PAR

WEIL (MAURICE)

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

NÉ LE 19 JANVIER 1886, A RAMBERVILLERS (VOSGES)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

HERRGOTT, Professeur. *Président.*
ROHMER, Professeur. . }
FRŒLICH, Agrégé. . . } *Juges.*
RICHON, Agrégé. . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
IMPRIMERIE ADMINISTRATIVE L. BERTRAND, RUE SAINT-GEORGES, 51

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O ✲, I ✪.

Assesseur : M. WEISS, ✲, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✲, I ✪ ; NICOLAS, I ✪ ; PRENANT, I ✪.

Professeurs

Clinique médicale	M. BERNHEIM, ✲, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✲, I ✪.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, ✲, I ✪.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, ✲, I ✪.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, ✲, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, I ✪.
Pathologie générale et Pathologie interne	M. SIMON, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, A ✪.

Professeurs adjoints

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des vieillards	M. ETIENNE, I ✪, agrégé libre.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, A ✪, agrégé.
Accouchements	M. SCHUHL, I ✪, agrégé libre.
Fondation de l'Université — Clinique d'orthopédie (1)	M. FRŒLICH, I ✪ id.
Fondation de l'Université — Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	M. JACQUES I ✪ id.
Fondation de l'Université — Clin. des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ✪, id.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M PARIS I ✪.
Médecine opératoire	M. MICHEL, A ✪, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. LAMBERT, A ✪.	MM. RICHON, A ✪.	MM. DUFOUR, A ✪.
L. SPILLMANN, A ✪	G. GROSS, A ✪.	SENCERT, A ✪.
MICHEL, A ✪.	FRUHINSHOLZ, A ✪.	ROBERT, A ✪.
HOCHE, I ✪.	COLLIN, A ✪.	

Agrégés libres

MM REMY, A ✪, FÉVRIER, ✲, I ✪, ETIENNE, I ✪,
ZILGIEN, A ✪ ; FRŒLICH, I ✪ ; SCHUHL, I ✪ ; JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, ✲, ✪, I ✪, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les improuver.

A MON PÈRE

qui, au cours d'études dont il sut, de bonne heure, m'inspirer le goût, m'a prodigué ses précieux conseils et qui, sans cesse, s'est efforcé de me faire profiter de son expérience médicale, je dédie cette thèse en signe de reconnaissance et d'amour extrêmes.

A MA MÈRE

Faible témoignage de gratitude et d'inaltérable affection.

A MES FRÈRES

A MES ONCLES ET TANTES

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur HERRGOTT

Professeur de Clinique Obstétricale
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FRŒLICH

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

Au cours de notre dernière année d'études, nous eûmes l'occasion de nous entretenir, avec M. le professeur agrégé FRŒLICH, de la *maladie de Hirschsprung*, ou *mégacôlon congénital*. A la suite de cette conversation, où notre Maître nous exposa tout l'intérêt que présente l'étude de cette affection, nous nous sommes décidé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale, en nous basant sur trois observations inédites et sur la bibliographie de la question.

Au début de ce travail, nous adressons nos sincères remerciements aux Maîtres qui, par leur excellent enseignement, ont su nous rendre si attrayante l'étude de la médecine.

Nous croirions manquer à tous nos devoirs si nous n'assurions de notre vive reconnaissance M. le professeur HERRGOTT, qui a bien voulu accepter la présidence du jury de notre thèse et dont nous avons suivi avec grand intérêt, comme stagiaire, les savantes leçons cliniques.

Qu'il nous soit permis aussi, dès maintenant, de remercier M. le professeur agrégé FRŒLICH, qui, depuis nos premières années d'études, a su retenir notre attention par ses enseignements si instructifs et qui a eu la grande obligeance de nous communiquer trois observations de mégacôlon congénital provenant de son service.

Nous avons une grande satisfaction à nous rappeler nos bonnes années d'externat. Que MM. les professeurs GUILLOZ, WEISS, BERNHEIM, ANDRÉ, ROHMER *et* HAUSHALTER, dans les services desquels nous sommes successivement passé comme externe, soient assurés de notre vive reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'ils nous ont témoignée et pour la part importante qu'ils ont prise à la formation de notre individualité médicale.

MM. le professeur ROHMER et le professeur agrégé RICHON ont bien voulu faire partie du jury de notre thèse : nous les en remercions très sincèrement.

M. le professeur agrégé HOCHE nous a jadis accueilli bien cordialement dans son laboratoire et nous a ainsi permis de nous adonner à loisir à l'étude si intéressante de l'anatomie pathologique. Nous lui adressons ici l'expression de notre grande reconnaissance.

M. le docteur RUEFF, ancien chef de clinique médicale, nous a, en diverses et maintes circonstances, témoigné une affectueuse sollicitude et un dévouement sans bornes, que nous n'oublierons jamais et dont nous le remercions très vivement.

Nous tenons à exprimer à M. LAMBERT DES CILLEULS, secrétaire de la Faculté de Médecine, de grands remerciements pour l'obligeant intérêt qu'il nous a porté pendant notre séjour à Nancy.

Enfin, nous nous rappellerons toujours avec satisfaction les agréables moments qui ont entrecoupé nos années d'études, grâce à l'amitié de quelques bons camarades. Que ceux-ci soient assurés de notre meilleur souvenir et des vœux bien sincères que nous formons pour leur prospérité.

Historique

La maladie de Hirschsprung, encore connue sous le nom de *mégacôlon congénital* ou de *dilatation idiopathique du gros intestin*, n'a commencé à être décrite comme entité morbide et n'a fait l'objet d'observations détaillées qu'à une époque peu éloignée de la nôtre : nous ignorons si le cas décrit d'une façon toute sommaire par Ruysch, dans son *Recueil d'observations anatomo-chirurgicales*, sous le titre de *Enormis intestini coli dilatatio*, rentre véritablement dans le cadre des dilatations idiopathiques du côlon. Il semble en être ainsi et, dans ce cas, dès le XVII[e] siècle on aurait commencé à s'occuper de la maladie à laquelle Hirschsprung a donné son nom.

Ultérieurement, Parry, en 1825, et Billard, en 1829, citent chacun un cas où il s'agit vraisemblablement de mégacôlon congénital.

Dix-sept ans s'écoulent ensuite, jusqu'à ce que Banks et Favalli observent des malades atteints de cette affection (1846) ; Little et Galloway en font autant en 1850.

Porro, en 1871, relate une observation douteuse relative à un nouveau-né.

Peakok (1871), Chapman (1878), Gee (1884) et Gaume (1886), observent chacun un cas chez des adultes ; en 1884,

Hirschsprung, dans une conférence faite à la *Gesellschaft für Kinderheilkunde*, s'était livré à une étude intéressante de la dilatation idiopathique du gros intestin. En 1885, Bristowe en constate trois cas chez des enfants. En 1886, Futterer et Cheadle ont l'occasion de l'étudier chez des enfants également.

On trouve ensuite un certain nombre d'observations de Hughes (1887), d'Osler (1893). Entre temps, en 1890, Hirschsprung publie un mémoire d'un grand intérêt, inséré dans la *Festschrift d'Henoch*.

Mya, en 1894, se livre à une étude approfondie de l'affection, qu'il dénomme *megacôlon congenito* et que, par la suite, on appellera également *maladie de Mya*.

L'année 1896 voit paraître un nouveau mémoire de Hirschsprung renfermant six observations.

En 1897, Marfan consacre, dans le *Traité des Maladies de l'enfance*, un article important à la question. Trèves, en 1898, Fitz, en 1899, Fenwick, en 1900, publient de nouvelles observations.

En Italie paraissent des études de Concetti (1899), Tarozzi (1902), Valagussa, Giordano (1903).

En France, Le Roy des Barres et Roux de Brignoles publient, en 1903, des cas isolés; Duval, la même année, fait paraître, dans la *Revue de Chirurgie*, une étude des plus intéressantes sur « la dilatation dite idiopathique du gros intestin ».

En 1904, Hirschsprung collabore au *Traité des maladies de l'enfance*, en y insérant un chapitre très instructif sur la maladie à laquelle il a donné son nom.

En 1907, Guinon fait une communication à la Société médicale des Hôpitaux de Paris. La même année, Tuffier

en fait une autre à la Société de Chirurgie. Nous voyons, à la même époque, Danzinger, à Berlin, prendre comme sujet de thèse inaugurale l'affection qui nous occupe, et Blanc et Charlot, dans la *Loire médicale*, faire paraître un article sur elle.

En 1908, Gaujoux, dans les *Archives de médecine des enfants*, se demande « s'il existe une maladie de Hirschsprung » et il se livre à cette occasion à une étude des plus importantes. L'année se termine par la publication, à Paris, d'une thèse de Le Calmé sur le « mégacôlon ou maladie de Hirschsprung ».

1909 voit paraître, dans le *Journal de Médecine interne*, un intéressant article de Terrien, intitulé : « Constipation congénitale et maladie de Hirschsprung », puis une thèse de Chassagnard (de Bordeaux), sous le titre de : « Contribution à l'étude du mégacôlon ». Wilkie, dans le *Journal de Médecine d'Edimbourg*, publie la même année, sur la maladie de Mya, une vue d'ensemble dans laquelle nous trouvons quatre observations portant sur des enfants.

En 1910 enfin, paraît à Paris une thèse de Culan sur le « Mégacôlon congénital ou dilatation idiopathique du gros intestin ». Tout récemment, le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et P. Delbet s'augmente par la publication de l'ouvrage de Guinard, intitulé *Affections chirurgicales de l'abdomen*, où la question est traitée d'une façon très approfondie.

Enfin très prochainement, la *Pratique des maladies des enfants* va se compléter par l'apparition du tome relatif aux affections chirurgicales du tube digestif, où M. le professeur Frœlich a étudié la maladie de Hirschsprung.

Division du sujet

Dans ce travail, où nous avons pu réunir 151 observations, nous nous sommes proposé de faire une étude d'ensemble de la maladie de Hirschsprung. Après avoir examiné sommairement son *anatomie pathologique*, qui est bien connue, nous nous étendrons plus longuement sur son *étiologie* et sur sa *pathogénie* : cette dernière question, en effet, a donné naissance à de nombreuses théories. Nous nous arrêterons ensuite à la *symptomatologie* : il importe de fixer, d'une façon aussi nette que possible, la physionomie clinique de l'affection, car celle-ci s'est, en maintes occasions, présentée sous des apparences telles qu'on a pu la confondre avec nombre d'autres maladies. Nous consacrerons après cela un chapitre au *diagnostic*, puis au *pronostic*; nous relaterons enfin les nombreuses observations que nous avons trouvées dans la littérature médicale et que nous avons cru devoir ranger par ordre d'âge, pour la facilité de nos statistiques; nous ne nous sommes écarté de cette méthode que pour les trois observations inédites que nous devons à la grande obligeance de M. le professeur agrégé Frœlich, et que nous avons placées à la fin du chapitre, car nous avons en partie étayé sur elles la question du *traitement médical*. Nous

avons ensuite abordé celle du *traitement chirurgical*, si important dans cette affection, et nous avons, par quelques conclusions, terminé cette étude d'une maladie relativement moins rare qu'on ne pourrait croire, comme on s'en rendra compte par la lecture des nombreux cas observés.

Anatomie pathologique

Si, macroscopiquement, comme on a pu s'en apercevoir par de nombreuses opérations et fréquemment aussi par les autopsies qui les ont suivies, la maladie de Hirschsprung se caractérise par trois faits principaux : dilatation du côlon, épaississement de la paroi et augmentation de sa longueur; il existe, d'autre part, dans cette affection, une série de lésions microscopiques très intéressantes à étudier. Nous envisagerons tout d'abord :

1° Les modifications macroscopiques

Le nom seul de l'affection qui nous occupe (dilatation idiopathique du gros intestin) nous fait présager que l'ectasie du côlon y est un fait prédominant. En réalité, on l'a rencontrée d'une manière constante. Quelquefois même cette ectasie était si prononcée qu'on pouvait la constater à la simple inspection de l'abdomen.

Quelle est la portion du gros intestin qui, le plus fréquemment, est le siège de cette distension ? Quelquefois le côlon est pris en entier, mais généralement c'est une de ses portions qui est atteinte ; les cas ne sont pas rares pourtant où plusieurs segments du côlon sont ectasiés.

Sur 40 cas observés, Duval a trouvé dans 13 cas une ectasie totale (soit 32,5 %), et 27 cas d'ectasie segmentaire, qui se répartissent ainsi :

Côlon pelvien seul.....	12 cas (43,4 %)
Côlon pelvien et transverse.....	4 —
Côlon pelvien et descendant.....	3 —
Côlon pelvien, transverse et ascend^{t}.	1 —
Côlon pelvien et ascendant.....	1 —
Côlon transverse et descendant....	3 —
Côlon transverse et ascendant.....	2 —
Côlon descendant seul.....	1 —

Comme nous le voyons par cette statistique, c'est le côlon pelvien qui est la portion du gros intestin frappée le plus souvent par l'ectasie.

Celle-ci peut, d'autre part, être diverticulaire, comme dans les cas observés par Berti et par Fütterer et Middeldorpf ; la dilatation ne porte alors que sur une partie de la circonférence intestinale ; dans le cas de Fütterer et Middeldorpf, on avait l'aspect d'une dilatation « anévrysmale sacciforme » ; Woolmer a signalé le même fait.

Notons, enfin, que parfois le gros intestin peut être le siège de dilatations successives séparées par des points rétrécis et revêtir ainsi l'apparence d'un chapelet : ceci a été remarqué sur le côlon descendant par Ammon, et dans plusieurs observations aussi par Duval. Le plus habituellement, la transition entre le segment colique ectasié et la portion d'intestin qui lui succède se fait d'une façon progressive, réalisant ainsi la formation d'un véritable entonnoir. Quelquefois aussi la portion dilatée l'est si considérablement qu'elle constitue, au-dessus de la por-

tion sous-jacente, un véritable ballon, dont nous aurons ultérieurement à envisager le rôle dans la pathogénie de l'affection.

L'ectasie colique peut atteindre des proportions colossales ; dans les cas de dilatation du côlon pelvien, à l'ouverture de l'abdomen, on voit celui-ci rempli par deux sacs intestinaux verticaux et parallèles, derrière lesquels sont cachées les anses de l'intestin grêle (Gee, Le Roy des Barres). Les comparaisons qui ont été employées nous démontrent suffisamment quel degré peut atteindre la dilatation ; couramment, dans les observations, les auteurs mettent en parallèle le segment colique ectasié avec un « intestin de bœuf » (Formad, Bastianelli) ; un « estomac d'adulte » (Trèves, Hartmann) ; une « cuisse et une jambe fléchies » (Walker) ; dans son observation, Roux de Brignoles compare le côlon distendu à « une énorme cornemuse ».

Des chiffres nous fixeront d'ailleurs d'une façon plus précise sur les proportions que peut revêtir la dilatation du côlon : chez un enfant de 10 mois (Gaujoux), le diamètre du côlon atteint 7 centimètres 1/2 ; chez un enfant de 17 mois, Tordeus a constaté que le côlon pelvien en avait un de 13 centimètres ; chez un petit garçon du même âge, Fenwick signale une circonférence de 14 pouces 1/2 pour le côlon transverse et de 12 pouces 1/4 pour le côlon pelvien (1). Chez le jeune nègre observé par Osler, la circonférence du côlon pelvien atteignait 45 centimètres. Dans le cas signalé par Fütterer et Middeldorpf, chez un garçonnet de 14 ans, elle était de 66 centimètres. Chez les

(1) Le pouce équivaut à 26 millimètres.

adultes, nous notons des chiffres importants aussi : Hichens signale, sur le côlon pelvien, une circonférence minima de 35 centimètres chez un jeune homme de 20 ans. Dans le cas observé par Formad et relatif à un individu de 23 ans, elle est de 34 centimètres. Enfin, chez un malade âgé de 50 ans et observé par Banks, elle atteint 66 centimètres.

On se doute, d'après les proportions que présente le côlon ectasié, du volume important que pourra offrir son contenu. Et tout d'abord, quelle sera le plus habituellement la nature de ce dernier ? C'est en général une quantité très importante de matières fécales, pouvant constituer, par leur présence, des tumeurs auxquelles ont été donnés les noms de *fécalomes* ou de *stercoromes*. Outre ces matières, de nombreux gaz contribuent, par leur présence et par leur expansion, à augmenter le volume de l'anse dilatée. Les matières contenues dans cette dernière peuvent être solides et très dures, constituer de véritables blocs excessivement difficiles à désagréger (c'est généralement le cas chez les adolescents), ou bien, au contraire, être demi-solides ou même liquides. (Ceci se produit plutôt chez les nouveaux-nés et même chez certains enfants). Malgré le caractère fastidieux que présentent souvent les chiffres, nous croyons cependant intéressant d'en rappeler quelques-uns : le calcul stercoral extrait de l'intestin par Tuffier pesait 1 kg. 455 ; Pozzi a extirpé un fécalome du poids de 700 grammes, et Dubourg un autre de 720 gr. ; chez une jeune fille de 17 ans, Cadet extrait, un premier jour, 3 kg. 500 de matières fécales ; le lendemain, il en est encore évacué un poids de 6 kilogr. Fabre de Parrel, chez un individu de 26 ans, se trouve en présence d'un

bloc stercoral pesant 3 kilogr. Dans l'un des cas observés par M. le professeur Frœlich, on extrait, avec une cuiller, « de quoi remplir entièrement un vase de nuit ». Morestin, chez un malade de 15 ans, voit se produire une évacuation de 6 litres de liquide ; dans un cas de Fütterer, il y avait 16 litres de matières. Souvent, aux fèces, sont mêlés des corps étrangers ; Schuckmann signale, dans les matières stercorales, la présence de nombreux noyaux de cerises. Le volumineux calcul dont Tuffier a fait l'extraction dans le cas cité plus haut, se composait, outre les matières fécales, de grains et de fibres ligneuses. Enfin, chez un de ses petits malades, M. Frœlich trouve dans les matières des débris de pruneaux, des grains de café et des raisins secs.

On imagine facilement la déformation que le sujet peut présenter quand sa cavité abdominale est remplie par un gros intestin dilaté dans des proportions telles que celles plus haut décrites. Les trois figures ci-jointes donneront une idée de l'aspect que peut avoir un jeune enfant atteint de mégacôlon congénital.

Comme l'indique le synonyme de « dilatation idiopathique », le mégacôlon congénital se caractérise par ce fait qu'il n'y a pas d'obstacle mécanique, de quelque nature qu'il soit, au cours des matières fécales ; aussi serions-nous tenté d'écarter d'emblée les cas cités par Bittorf et par Fütterer, où il y avait rétrécissement intestinal ; nous en dirons autant de ceux qu'ont étudiés Perthes et Trèves, et dans lesquels ces auteurs ont chacun relevé la présence d'un repli valvulaire muqueux.

Le gros intestin, d'autre part, outre une distension remarquable, présente un allongement important, signalé

FIG. 1. — MALADIE DE HIRSCHSPRUNG.

FIG. 2 ET 3. — MALADIE DE HIRSCHSPRUNG,

ENFANT DE 3 ANS 1/2, AVANT ET APRÈS ÉVACUATION DE L'INTESTIN.

(d'après la "Pratique des Maladies des Enfants" — Tome II)
Méry, Guillemot et Genévrier.

dans la plupart des observations ; Hirschsprung nous cite un côlon transverse d'enfant qui mesurait une longueur de 17 centimètres ; Martin a vu un côlon pelvien atteindre 38 centimètres ; dans le cas de Walther, l'*S* iliaque en mesurait 70 ; Hichens nous parle d'un côlon pelvien ayant une longueur de 57 centimètres ; enfin, dans l'un des cas observés par Concetti, l'étendue totale du côlon était de 102 centimètres. En ce qui concerne cette modification dans la longueur du gros intestin, nous noterons que, dans la grande majorité des cas, c'est sur le côlon pelvien qu'elle porte, tout comme le fait l'ectasie.

Remarquons, en même temps, que l'allongement du gros intestin n'exclut pas d'une manière absolue la possibilité d'une diminution relative de la longueur totale de l'intestin : ceci existait chez un sujet mort à quatre mois, après anastomose entre l'iléon et l'*S* iliaque. Graanboom a signalé que, dans ce cas, le gros intestin mesurait 67 centimètres de long (soit une longueur double de la normale) et que l'intestin grêle avait une étendue de 245 centimètres.

Aux deux phénomènes ci-dessus décrits : dilatation et allongement, s'en joint un autre facilement palpable, qui consiste dans l'épaississement des parois coliques : leur hypertrophie peut atteindre de très grandes proportions ; aussi, comme le signale Duval, les auteurs américains et anglais dénomment-ils l'affection qui nous occupe : *Dilatation and hypertrophy of the large bowel.* Dans un cas, Mya signale une épaisseur de 2 centim. 695, et Concetti une autre de 2 centim. 521 (or, le gros intestin a normalement 1 centim. 5 d'épaisseur, soit un peu moins de la moitié des chiffres relatés). D'autre part, dans le cas

observé par Tuffier, chez une jeune femme de 20 ans, la paroi colique était arrivée à avoir « l'épaisseur de la main ».

Il y a lieu de remarquer que la portion d'intestin faisant suite au segment ectasié peut être le siège d'un amincissement extrême : chez une fillette de 2 ans et demi, Nicolaysen signale, outre une dilatation et un épaississement très marqués des côlons ascendant et transverse, une diminution d'épaisseur telle dans le côlon descendant qu'on croirait sa paroi faite de « parchemin imbibé d'eau ». (D'ailleurs cette paroi se perfora et la péritonite qui en résulta provoqua une issue fatale).

Il se peut aussi que les parois de la partie dilatée elle-même acquièrent une minceur extrême : tel le cas signalé par Ebers, où elles ne dépassaient pas l'épaisseur d'un « pétale de pavot ».

Avant d'entreprendre l'étude des lésions microscopiques qui caractérisent le mégacôlon congénital, il nous semble intéressant d'approfondir les modifications que subissent certains autres organes au cours de cette affection. Tout d'abord — et pour ne point quitter l'appareil digestif — nous noterons qu'en maintes circonstances, on a signalé la dilatation de l'estomac (Oulmont ; Brook ; Hue), du duodenum (Hue),de l'îléon (Hirschprung) avec ou sans hypertrophie des plaques de Peyer. Quelquefois, au contraire, l'intestin grêle est aplati et flasque (Fenwick). Le cœcum a maintes fois participé à la dilatation (Bristowe, Gaume, Hirschsprung). Mais il faut remarquer que, dans les observations relatives à des adultes, on ne note aucune anomalie du cœcum ou de l'intestin grêle, celles-ci restant l'apanage des enfants. Quant au rectum

et à l'anus, généralement, ils sont normaux ; cependant le rectum est quelquefois dilaté. Certains auteurs l'ont trouvé rétréci (Trèves). En ce qui concerne l'anus, il arrive parfois qu'il soit le siège d'une contracture particulière, en vertu de laquelle les gaz, ne pouvant s'échapper, restent dans le rectum, contribuant à entretenir et même à augmenter la dilatation du gros intestin.

On a noté la longueur anormale de l'appendice iléo-cœcal ; en outre, il n'est pas rare qu'il soit volumineux ; dans le cas cité par Walker et Griffiths, il était long de 5 pouces. Mülberger signale, à propos du malade qu'il a observé, que l'appendice participait chez lui au processus d'ectasie intestinale.

Du côté du péritoine, nous avons à signaler quelquefois un épaississement plus ou moins localisé (Fütterer et Middeldorpf) ; quelquefois, au contraire, un amincissement assez prononcé (Concetti) ; enfin, il peut arriver que le péritoine présente quelques points d'opacité (Bristowe). Le mésocôlon est parfois très allongé : dans le cas étudié par Le Roy des Barres, le mésocôlon sigmoïde mesure une longueur de 20 centimètres ; Villar en signale lui aussi l'allongement. Dans le cas observé par M. le professeur Haushalter, outre la position verticale du foie, on notait, comme fait intéressant, que le péritoine enveloppait complètement le côlon ascendant sous forme d'un large méso.

Les appendices épiploïques peuvent être absolument indemnes, mais ils sont parfois très augmentés de volume ; ce fait, notamment, a été signalé par Favalli qui les a vus, chez un individu âgé de 50 ans, quatre à cinq fois plus gros qu'habituellement.

Les vaisseaux, de leur côté, sont le siège de certaines lésions importantes à signaler ; les artères sont généralement dilatées, les veines sont parfois considérablement ectasiées, à tel point que nous voyons Fütterer et Middeldorpf, après avoir fait une laparatomie, renoncer à pousser plus loin leur intervention, et cela par crainte d'hémorrhagies. Woolmer et Tuffier signalent, d'autre part, dans le mésocôlon, des veines excessivement dilatées.

Enfin, si certains auteurs comme Bristowe observent des ganglions mésentériques normaux, nous voyons, au contraire, Fenwick nous en signaler la grande augmentation de volume.

En somme, nous dirons que généralement les lésions macroscopiques qui caractérisent le mégacôlon congénital consistent principalement en dilatation, allongement et épaississement du côlon ; à ces modifications il y a lieu d'en joindre d'autres, intéressantes, elles aussi et qui peuvent se résumer en disant qu'elles consistent généralement dans l'hypertrophie et la dilatation des organes qu'elles atteignent.

Nous allons maintenant envisager :

2° Les modifications histologiques.

Nous ne reviendrons pas sur celles qui concernent la séreuse, qui habituellement participe à l'hypertrophie générale, mais nous nous étendrons plus longuement sur les lésions de la tunique musculeuse et surtout sur celles qui atteignent la muqueuse. Nous savons que la musculeuse se compose : 1° de fibres superficielles ou longitudinales qui se groupant en trois faisceaux parallèles au

grand axe de l'organe, constituent les trois bandes musculaires du côlon ; 2° de fibres circulaires plus minces, mais entourant l'intestin sur toute sa circonférence et sur toute son étendue. Or ces deux groupes de fibres ne sont pas également touchés ; il peut arriver, comme l'ont observé Berti, Concetti et Mya, que les fibres longitudinales soient normales, et que les fibres circulaires soient hypertrophiées. Très généralement, celles-ci sont le siège d'une hyperplasie intense et on y remarque assez fréquemment la présence de fibres non striées, dont un certain nombre de formation toute récente. Quant à la couche longitudinale externe qui, à part les quelques cas cités plus haut, participe généralement au processus, elle peut être tellement étalée par suite de l'aplatissement des trois bandes qu'elle forme, qu'elle paraît envelopper d'un véritable manchon toute la circonférence intestinale. Parfois elle est amincie, mais, dans tous les cas, elle est infiniment moins hypertrophiée que la couche transverse.

Le tissu cellulaire sous-muqueux se montre en général plus abondant que de coutume.

Dans la *muscularis mucosæ*, on remarque la présence de leucocytes en abondance et une hypertrophie très prononcée, comme dans les cas observés par Mya et par Berti ; veines et artères y sont dilatées et à parois très épaissies.

Quant à la muqueuse, nous pouvons la trouver dans des états très variables. Macroscopiquement, elle peut être ecchymotique et il arrive fréquemment qu'elle soit hypertrophiée, hyperhémiée et ulcérée. Dans un cas de Bristowe, on relève une douzaine d'ulcérations muqueuses, blanches comme coloration. Dans un autre, observé par Fen-

wick « la muqueuse du côlon descendant semble rongée aux vers ». La muqueuse peut paraître saine entre les ulcérations (Concetti) ; celles-ci peuvent, par contre, gagner la tunique musculaire (Fenwick) et il s'ensuivra des perforations mortelles. L'épithélium peut, lorsque les lésions sont récentes et que l'on a affaire à de tout jeunes enfants, apparaître normal à l'examen microscopique ; ainsi se trouve justifiée l'assertion de Reika (1), que, chez les nourrissons les troubles digestifs et nutritifs peuvent évoluer sans provoquer de lésions épithéliales de la muqueuse intestinale, à condition que la mort ne soit pas précédée d'une longue agonie. Mais, plus souvent, les cellules épithéliales cylindriques et caliciformes ont disparu, laissant à nu la surface libre de la muqueuse ; les cryptes glandulaires, pour la plupart, ont cessé d'exister et ce qui reste de la muqueuse a contracté avec la tunique musculaire des adhérences fibreuses excessivement fortes.

En résumé, nous voyons que les lésions histologiques atteignant la muqueuse au cours de la maladie de Hirschsprung sont souvent très importantes : elles consistent en une hyperplasie très marquée, consécutive à la colite qui accompagne généralement le mégacôlon congénital, et en ulcérations dont nous noterons dès maintenant le rôle possible dans la production d'une péritonite ; de plus, la structure du gros intestin, outre les modifications présentées par la muqueuse, est altérée notablement aussi en ce qui concerne la couche musculaire.

---

(1) *In* " Jahrb. f. Kinderheilk " 1909, Bd XX, p. 614.

Etiologie

La maladie de Hirschsprung est, avant tout, une affection de l'enfance; toutefois on la rencontre chez l'adulte et quelquefois aux âges extrêmes de la vie. Ammon en a observé un cas chez un fœtus de sept mois ; Schuckmann en a constaté chez un homme de 68 ans, et, tout récemment, Versé en a signalé deux cas concernant respectivement un individu âgé de 65 ans et un autre de 72.

Des statistiques nous fixeront d'ailleurs; celle de Tuffier porte sur 88 cas, qui se répartissent ainsi :

1° Fœtus de 7 mois	1
2° Malades dont l'âge n'est pas indiqué	5
3° » » n'atteint pas 1 an	20

(Se classant comme suit) :

Mort-né	1
Enfants n'atteignant pas 3 mois	9
» » » 6 »	2
» âgés de 6 mois à 1 an	8
4° Malades âgés de 1 à 68 ans	62

(se répartissant ainsi :)

De 1 à 20 ans	40
De 20 à 68 ans	22

Il est à remarquer que le mégacôlon congénital frappe de préférence les individus du sexe masculin; sur les 10 cas cités par Comby, un seul concerne une petite fille. Les 45 cas de Duval comprennent 36 hommes et 9 femmes. Sur 151 sujets dont nous avons réuni les observations, si nous déduisons celles relatives au fœtus d'Ammon et celle de Porro, il nous reste 149 individus comprenant 120 êtres du sexe masculin et 29 du sexe féminin.

Pour expliquer la prédilection très marquée de la maladie de Hirschsprung pour le sexe masculin, nous croyons, avec R. Pfisterer (1), pouvoir faire intervenir la différence de conformation du bassin dans les deux sexes.

Nous nous sommes demandé, d'autre part, si diverses circonstances, que nous avons relevées dans des observations relatives à des enfants, ne peuvent être considérées comme des facteurs de la maladie : notons tout d'abord, dans plusieurs cas, en particulier dans ceux qui ont été signalés par Hawkins, Johannessen et Hue, la naissance avant terme ; sans empiéter sur notre chapitre ultérieur relatif à la pathogénie de l'affection, nous croyons raisonnable d'admettre, dans ces cas de naissance prématurée et en raison de l'incomplet développement du côlon pelvien (qui ne cesse de s'accroître pendant toute la vie intra-utérine, comme l'a montré Jonnesco (2), une résistance insuffisante de la paroi intestinale; ce fait favoriserait la distension ultérieure et peut-être aussi l'allongement qui caractérise la maladie de Hirschsprung.

---

(1) Obstipation in Folge Darmabknickung Beitrag zur Lehre von der sogenannten : *(Hirschsprungschen Krankheit)* (1907).

(2) *Le côlon pelvien pendant la vie intra-utérine.* Th. de Paris, 1891-92.

Il semble que celle-ci n'affecte pas un caractère familial : le cas, en effet, où Hirschsprung mentionne chez un des frères de son malade une constipation et une distension abdominale prononcées, reste isolé parmi tous les autres.

L'affection, en certaines circonstances, s'accompagne d'autres malformations congénitales : c'est ainsi que chez sa petite malade, Hartmann signale la présence d'un pouce surnuméraire et que chez un enfant mort au bout de 26 jours, Joukowsky a trouvé, outre une hernie, un rétrécissement duodénal assez marqué.

Il nous semble, d'autre part, qu'il y ait à faire une place importante à l'alimentation dans l'étiologie du mégacôlon congénital, et spécialement à incriminer le sevrage ; maintes observations nous démontrent, en effet, que c'est à ce moment-là que se manifeste la maladie, ou bien qu'après être restée longtemps latente, elle acquiert tout à coup, après le sevrage, une gravité extraordinaire; nous voyons, notamment dans la deuxième observation que M. le professeur Frœlich a bien voulu nous communiquer, que la constipation de l'enfant observée « était moindre pendant qu'elle a été nourrie au sein que depuis son sevrage ». D'ailleurs, c'est à cette période d'existence que meurent la plus grande partie des sujets, et cela par stercorémie, comme nous le verrons plus loin. Il y a sans doute lieu de faire intervenir, pour expliquer ces faits, les différences qui existent dans la composition du lait maternel et du lait fourni par la vache ; ce dernier étant trop riche en caséine et en sels calcaires, trop pauvre, d'autre part, en sucre et en graisses. Dans bien des cas aussi, une alimentation amylacée trop abondante

ne fait que favoriser la constipation chez l'enfant sevré.

Il nous a paru intéressant de relever quelques autres influences chez des sujets plus âgés : l'alimentation, chez eux aussi, peut jouer son rôle ; mais, d'autre part, il faut signaler ce fait que souvent la maladie de Hirschsprung se réveille à la suite d'une affection intercurrente ; c'est ainsi que chez la fillette de 2 ans observée par M. le professeur Frœlich, on note, à l'âge de 6 ans, une nouvelle crise très marquée de rétention intestinale, consécutive à une atteinte de rougeole. Nous voyons, d'autre part, dans une observation de Concetti, signaler ce fait que l'enfant a pu être contaminé par sa nourrice, suspecte de syphilis ; dans certains autres cas, la tuberculose accompagne la maladie de Hirschsprung ; il ne nous paraît pas illogique d'admettre, dans toutes ces circonstances, l'influence sur l'aggravation du mégacôlon congénital de la colite qui peut accompagner ces diverses affections. Lœper considère d'ailleurs « les lésions d'épaississement et d'hyperplasie conjonctive comme étant en rapport avec un processus d'inflammation véritable, à l'origine duquel on pourrait retrouver quelques-unes des infections transmissibles de la mère au fœtus, telles que la syphilis ».

Mais où il y a lieu, croyons-nous, de faire intervenir davantage l'inflammation de la muqueuse intestinale, c'est dans les cas de maladie de Hirschsprung constatés à l'âge mûr : nous avons, en effet, été frappé par ce fait qu'il s'agit souvent d'alcooliques ; le sujet dont Groën a communiqué, en 1857, l'observation détaillée à la Société de Médecine de Christiania, et dont l'S iliaque était particulièrement dilatée, allongée et hypertrophiée, faisait un usage immodéré de l'alcool ; Favalli a signalé le même

fait chez son malade ; Money et Paget, d'autre part, ont noté que le sujet qu'ils ont observé était « un grand buveur ».

Nous ne terminerons pas ce chapitre sans rappeler le cas intéressant tout récemment observé par Baumel chez un jeune garçon de 10 mois. Il y avait, chez lui, coexistence d'un mégacôlon et d'une paralysie infantile. Baumel considère qu'il y a peut-être, d'une façon générale, un rapport de cause à effet entre ces deux affections : soit que la paralysie résulte des troubles gastro-intestinaux en rapport avec le mégacôlon, soit, au contraire, que celui-ci soit engendré par la paralysie infantile. Deux mécanismes seraient possibles, dans cette dernière hypothèse : il y aurait lieu d'incriminer une ectasie portant sur l'intestin lui-même (*dilatation paralytique de Bing*) ou bien une dilatation consécutive seulement à la paralysie des parois abdominales.

Pathogénie

Comme nous l'avons déjà fait remarquer au commencement de notre travail, la pathogénie de la maladie de Hirschsprung a été examinée par de nombreux auteurs. A l'heure actuelle, étant donnée la diversité des cas observés, plusieurs des hypothèses faites peuvent être admises, tout en différant par certains points souvent importants. A côté d'elles existe un groupe de théories intéressantes aussi, mais très discutables. En raison du grand nombre des hypothèses faites, nous les grouperons sous divers chefs :

1re Hypothèse. — *Dilatation congénitale du côlon, suivie secondairement de l'hypertrophie colique.*

Cette théorie a été soutenue par Hirschsprung, Mya, Neugebauer, Genersicht, Stirnimann.

Hirschsprung, n'interprétant pas l'hypertrophie musculaire, se borne à incriminer dans la production du mégacôlon congénital le développement anormal d'un segment intestinal. Il assimile ce fait aux anomalies de développement qu'on rencontre parfois dans l'œsophage ou dans l'estomac ; et, d'après lui, cette dilatation congénitale de l'intestin entraînerait dans le cours des matières d'importantes modifications expliquant la coprostase.

Genersicht partage les idées de Hirschsprung, en ce sens que lui aussi admet une dilatation congénitale ; mais, poussant plus loin l'analyse des faits, il envisage la question de l'hypertrophie musculaire ; il considère que cette dernière est primitive, mais que la stase fécale ultérieure ne fait que contribuer à son accroissement. Il compare, comme Hirschsprung, l'ectasie colique à la dilatation congénitale observée au niveau de l'œsophage (diverticules œsophagiens de Ziemssen) ; il insiste sur ce fait qu'à partir du deuxième mois de la vie intra-utérine, époque à laquelle se fait la délimitation entre le gros intestin et l'intestin grêle, le premier se développe plus vite que le grêle pour être, au troisième mois, complètement conformé. Si ce développement est exagéré, il se produit, pense Genersicht, l'ectasie que l'on constate dans la maladie à laquelle Hirschsprung a donné son nom.

Neugebauer, de son côté, incrimine une « malformation congénitale », qui porterait non seulement sur le calibre de l'anse malade, comme le font Hirschsprung et Genersicht ; il va plus loin et, d'après lui, elle concernerait aussi la longueur et l'épaisseur pariétale de cette anse.

D'après Stirnimann, il y a dilatation congénitale, de la flexure sigmoïde, hypertrophie idiopathique de cette anse et dilatation secondaire du segment colique situé au-dessus de cette portion primitivement dilatée et hypertrophiée.

Mya considère l'ectasie colique comme une malformation congénitale, s'accompagnant d'un épaississement de la paroi également congénital. Secondairement se produiraient l'hypertrophie musculaire et une colite interstitielle

diffuse. Il y aurait lieu, d'après lui, de faire jouer un certain rôle aussi à des lésions d'artérite oblitérante.

Valagussa, de son côté, considère l'hypertrophie comme d'origine embryonnaire.

P. Duval se demande : 1° Si « la dilatation est une ectasie simple ou une rétro-dilatation au-dessus d'un obstacle colique ou rectal » ; 2° Si « l'affection est proprement congénitale » ; 3° Si « l'hypertrophie de la paroi est primitive ou secondaire ». A la première question, il répond que « la dilatation est congénitale ou fonction plus ou moins tardive d'une malformation congénitale ». Celle-ci, pour lui, est une hypertrophie conjonctive de la paroi colique, entraînant une dilatation de l'intestin. Cette dilatation, pour Duval, est soit congénitale, soit postérieure à la naissance, mais, même dans ce cas, elle doit être considérée comme congénitale. Secondairement, il y a hypertrophie musculaire et colite interstitielle. A la base de toutes ces lésions, Duval place le développement à peine terminé du côlon chez l'enfant qui vient de naître.

A côté de ces diverses théories où les auteurs, en somme, admettent la congénitalité de la dilatation, nous avons à en examiner d'autres, où l'existence d'obstacles se trouve admise.

2e Hypothèse. — *Dilatation secondaire à la présence, dans le gros intestin, d'obstacles divers.*

Ces obstacles sont, pour Fenwick, soit une coudure du côlon pelvien ou du rectum, soit la contracture du sphincter externe de l'anus, soit encore un rétrécissement congénital du gros intestin.

Schreiber, Drew, Gee et Hichens incriminent aussi des contractions spastiques du côlon ou du sphincter anal.

Griffiths étudie surtout le mégacôlon congénital chez l'adulte, et il met en cause la constipation habituelle, les rétrécissements congénitaux, comme le fait Fenwick, et une tendance innée à la dilatation, sans qu'il y ait à son origine aucune cause organique.

Trèves considère que la majorité des cas de dilatation idiopathique chez des gens âgés sont de simples dilatations se produisant au-dessus d'obstructions mécaniques incomplètes. Pour lui, la dilatation n'est donc pas idiopathique et l'hypertrophie des parois du côlon ne se produit que par suite de la présence d'un obstacle : celui-ci est pour Trèves, comme il l'est pour Grüneberg aussi, un léger rétrécissement congénital du gros intestin (côlon pelvien ou rectum).

Dans une des deux variétés en lesquelles il distingue les cas de mégacôlon congénital, Fitz admet une « malformation congénitale stricturante, avec rétro-dilatation ».

Perthes considère qu'il y a lieu d'incriminer une cause mécanique et, se basant sur un cas qu'il a eu l'occasion d'observer, il émet l'idée que cette cause consiste presque toujours dans la présence d'un obstacle valvulaire.

Blanc et Charlot estiment qu'il ne peut y avoir de dilatation idiopathique et, comme les auteurs que nous avons cités plus haut, ils mettent en cause un obstacle mécanique quelconque.

Baumel, enfin admet « l'existence d'une anomalie (rétrécissement ou compression) siégeant sur un point quelconque du gros intestin à partir de sa terminaison anale et amenant en amont une dilatation hypertrophique du côlon descendant ».

3e Hypothèse. — *Le mégacôlon serait secondaire à la constipation congénitale.*

Cette idée a été soutenue par différents auteurs, notamment par Marfan ; pour lui, la constipation congénitale est en rapport avec l'exagération des inflexions de l'anse sigmoïde ; de cette particularité anatomique résulterait une exagération du séjour que, normalement, les fèces doivent faire dans le côlon. La dilatation s'expliquerait par la présence de nombreux gaz. Quant à l'épaississement des parois, il serait tout à fait comparable à celui qui se produit dans la vessie, quand il y a un obstacle au cours de l'urine : ce serait, en somme, une véritable hypertrophie de compensation, à côté de laquelle il faudrait, d'après Marfan, envisager aussi une hypertrophie par colite chronique.

Ibrahim, lui aussi, fait intervenir la constipation congénitale dans la pathogénie de la maladie de Hirschsprung.

Lévi met en cause la diastase des muscles droits de l'abdomen, qui aurait pour effet de provoquer la constipation par diminution de la pression abdominale. Mais, pour nous, il est plus vraisemblable que cette diastase est consécutive au ballonnement en rapport avec la constipation et à l'excès de pression qui se trouve ainsi produit dans la cavité abdominale.

Fenton, lui aussi, estime que la dilatation du côlon est une simple conséquence de la constipation habituelle.

Terrien considère qu'il y a deux variétés de dilatation colique : la première étant idiopathique, la seconde n'étant que l'aboutissant de la coprostase. Mais, d'après lui, la variété idiopathique existe d'une façon certaine.

Dans le dictionnaire de Littré et Gilbert, nous trouvons exprimée cette opinion qu'on doit considérer la maladie de Hirschsprung comme une « modification consécutive à la constipation congénitale, comme un résultat et non comme une cause ».

Gaujoux, reprenant en somme les idées de Marfan, considère que la véritable maladie de Hirschprung est excessivement rare ; et, en regard de cette affection, il place ce qu'il appelle le *syndrome de Hirschsprung*, qui se caractérise par une constipation chronique, s'accompagnant de dilatation et d'hypertrophie coliques. Ce syndrome, en tout cas, d'après Gaujoux, est secondaire à la constipation, celle-ci étant le plus souvent congénitale. Mais la vraie maladie de Hirschsprung, d'après lui, serait exceptionnelle.

De son côté, Guinard admet que, de la coprostase provoquée par une malformation embryonnaire congénitale (macrocôlon, mégalocôlon ou ômégacôlon), résulte l'hypertrophie des parois coliques, la dilatation et l'allongement qui caractérisent la maladie de Hirschsprung. Il considère, en un mot, que le mégacôlon n'est pas une affection congénitale, mais que sa formation se produit progressivement, par suite d'une malformaton congénitale.

C'est en somme cette théorie qui semble être celle de M. le professeur Frœlich ; notre Maître estime que, dans la grande majorité des cas, il s'agit de constipation congénitale, par suite de malformations congénitales, elles aussi. Suivant une heureuse comparaison de M. Frœlich, il se passe là ce qui se produit à propos des hernies, affection dans laquelle l'anse intestinale ne fait souvent que s'engager dans un sac préformé. Il sem-

ble que dans le mégacôlon congénital, la préformation d'une disposition anatomique particulière (flexuosités exagérées de l'S iliaque notamment), soit à la base de la dilatation et de l'hypertrophie ultérieure, dont le côlon sera l'objet.

De son côté, enfin, Versé qui a eu l'occasion d'étudier la maladie de Hirschsprung chez deux vieillards, considère que, dans des cas semblables, il faut faire intervenir des malformations congénitales qui seraient longtemps restées latentes.

4e Hypothèse. — *L'anse sigmoïde est anormalement longue et flexueuse.*

Cette théorie a été soutenue par divers auteurs, tels que Jacobi, Broadbent, Delkeskamp, Johannessen, Mülberger, Bittorf, Frommer et Baginski ; Zôppfel n'incrimine pas la longueur anormale et les inflexions exagérées de l'S iliaque dans la production du mégacôlon congénital vrai, mais il considère que ces deux faits sont à la base de ce qu'il appelle le *pseudo-mégacôlon*, appellation donnée aussi par Graanboom à ce que Marfan dénomme *constipation congénitale*.

5e Hypothèse. — *Le mésentère ayant une longueur anormale, il peut se produire une torsion du côlon pelvien.*

Cette théorie, admise et soutenue par Barth, par Gourevitch et par Schuckmann, peut se ramener à la précédente, car la torsion qui se produit par excès de longueur du

mésentère provoque en somme ce qui, dans la théorie précédente existe anormalement, mais existe : à savoir la flexion exagérée de l'S iliaque.

6e Hypothèse. — *Il y a lieu d'incriminer dans la production du mégacôlon congénital une aplasie musculaire congénitale, suivie ultérieurement de distension secondaire.*

Cette théorie a surtout été soutenue par Concetti; tandis qu'il distingue une variété de mégacôlon où, par suite d'un développement embryonnaire anormal, il y a hyperplasie conjonctive (comme le fait aussi Escherisch), il envisage une deuxième catégorie dans laquelle le segment dilaté et hypertrophié ne l'est qu'en raison de l'hypoplasie ou de l'aplasie du segment sous-jacent, aplasie d'où résulte un ralentissement de la circulation des matières fécales dans l'intestin. Pour Concetti, comme pour Barghinz, comme pour Petriwalsky, cette hypoplasie ou cette aplasie sont d'origine congénitale.

7e Hypothèse. — *Par suite d'anomalies dans l'innervation colique, il se produit un affaiblissement de tonicité dans cet organe.*

Hawkins, se rangeant à cette idée, appelle le mégacôlon congénital « dilatation et hypertrophie névropathiques. » Cette théorie est celle aussi de Lünn, Leunander et Bing.

D'après ce dernier, entre autres, la question de la congénitalité de la dilatation et de l'hypertrophie du côlon est à résoudre par la négative ; mais il n'en dit pas

autant des troubles de l'innervation colique. Ces troubles, d'après lui, sont généralement congénitaux (ils peuvent pourtant ne pas l'être). En tout cas, cette innervation défectueuse provoque une diminution d'énergie des mouvements péristaltiques, et consécutivement la constipation et la distension du gros intestin.

8e Hypothèse. — *Il se produirait un spasme colique, comparable à ceux qui peuvent survenir au niveau du pylore et du cardia.*

Cette théorie a été soutenue par Thomson et, dans quelques cas aussi, par Fenwick.

9e Hypothèse. — *Certains cas de mégâcôlon ne seraient primitivement que des « microcôlons » progressivement forcés et dilatés.*

Cette théorie, excessivement intéressante, a été soutenue l'année dernière par Okinczyk ; il fait intervenir, dans la production du mégacôlon, la formation d'un volvulus, alors que l'intestin est parvenu au terme de son développement normal. Mais, si ce volvulus se produit à une époque où l'intestin est encore en voie de développement normal, il en résulte une torsion de l'axe vasculaire de l'intestin, avec arrêt dans l'évolution de ce dernier et par atrésie, formation de microcôlon ; celui-ci peut, ultérieurement, être l'objet d'une dilatation toute passive et progressive, réalisant la formation d'un mégacôlon. Cette ingénieuse théorie a, en tout cas, le mérite de nous expliquer certains cas où l'on trouve un mégacôlon à parois excessivement minces et non hyperplasiées comme habituellement.

En résumé, les nombreuses théories qui s'efforcent d'éclaircir la pathogénie de la maladie de Hirschsprung peuvent se ramener à quelques-unes seulement, si on élimine celles qui expliquent, non pas cette affection elle-même, mais ce que Gaujoux appelle les *syndromes de Hirschsprung*. Quelle que soit la théorie que l'on adoptera, il nous semble bon d'insister encore une fois sur ce fait, qu'avant tout il faut entendre, comme le dit Duval, sous la dénomination de « maladie de Hirschsprung », les dilatations idiopathiques du gros intestin, qui ne sont pas consécutives à un obstacle mécanique au cours des matières.

En ce qui nous concerne, nous estimons donc qu'il y a lieu de faire une sélection importante dans les nombreux cas dont les observations ont été publiées : nous rangerons dans un premier groupe ceux où, la constipation ayant réellement coïncidé avec la naissance, on peut admettre qu'il s'agit là d'une dilatation vraiment idiopathique ; ces faits nous semblent pouvoir fort bien s'expliquer par la théorie de Hirschsprung, complétée par celle de Genersicht. Mais à côté d'eux, nous plaçons toute une série d'autres cas, où la maladie ne nous semble s'être amorcée qu'à la faveur de lésions congénitales, sous diverses influences sur lesquelles nous avons insisté dans un précédent chapitre.

Symptomatologie

Deux symptômes principaux caractérisent la maladie de Hirschsprung : la constipation et la distension abdominale. Ces deux faits — et surtout le premier — sont généralement ceux qui poussent les parents du petit malade ou le malade lui-même, suivant son âge, à demander un avis médical. Mais nous voyons, par la lecture des observations, qu'à côté de la constipation et du ballonnement, il est des cas où les malades se font traiter pour des raisons toutes différentes : un enfant observé par Langmead entre à l'hôpital pour une attaque de tétanie, qui a déjà été précédée de trois crises identiques ; le petit malade de Hawkins y vient pour une fracture de côte ; le jeune garçon de 14 ans observé par Fütterer et Middeldorpf demande à être soigné pour une violente dyspnée ; la malade de Mouges présente avant tout de la constipation et une grippe très forte ; un autre malade de Hawkins réclame des soins pour une fracture de la rotule. Dans un des cas observés par Versé, le malade avait dû se faire hospitaliser pour cause de tuberculose pulmonaire. Enfin, chez deux sujets âgés l'un de 47, et l'autre de 68 ans, internés en raison de troubles mentaux assez prononcés, Schuckmann découvrit par hasard la maladie de Hirschsprung.

La constipation et la dilatation abdominale constituent, avec la présence de mouvements péristaltiques nettement visibles, la triade symptomatique de la maladie de Hirschsprung, que nous étudierons tout d'abord ; nous envisagerons ensuite quelques autres symptômes, qui peuvent s'y joindre à toutes les époques de la vie, et enfin nous passerons en revue les différents caractères de l'affection suivant l'âge du sujet.

I.

A. — Triade symptomatique

1° Constipation.

Quel que soit l'âge du malade, la constipation, au cours de la maladie de Hirschsprung, est particulièrement opiniâtre. Alors que, chez le nouveau-né, elle consiste dans la rétention du méconium — fait sur lequel nous nous proposons de revenir plus loin — elle se traduit chez le jeune enfant ou chez l'adulte par un retard plus ou moins prolongé et anormal dans l'évacuation des matières stercorales.

Sur 27 cas, qui ont été observés par Duval, la constipation remontait 18 fois à la naissance, soit que la rétention prolongée du méconium eût été sa première manifestation, soit que l'apparition de la constipation eût suivi l'évacuation normale du méconium. Restent 9 autres cas : la constipation s'est montrée au cours de la première année dans 6 d'entre eux, se décomposant ainsi :

Au 1er mois..... 2 (Gee, Feenwick).
Au 2e mois..... 1 (Rolleston et Haward).
Au 3e mois..... 3 (Cheadle, Gee, Hadden).

Dans les trois autres cas restants, la constipation a fait son apparition à 24 et 32 ans (Woolmer), et à 50 ans (Favalli).

Les périodes pendant lesquelles se manifeste cette constipation sont de durée variable. Griffiths nous cite le cas d'un enfant de 2 ans et 11 mois qui n'avait de selle que toutes les semaines ; les jeunes malades de Hughes et de Roth, qui avaient le même âge, restaient couramment constipés, le premier pendant 19 jours, le second pendant 5 à 6 semaines. Chez les filles, la constipation est tout aussi violente, et Bristowe nous rapporte le cas d'une enfant de 8 ans, qui, depuis 50 jours, n'avait pas eu une seule évacuation alvine. La malade de Cadet va à la selle deux fois par mois ; Hichens a observé un jeune homme de 20 ans qui, depuis le jour de sa naissance, n'évacuait de matières que tous les 10 à 14 jours. A un âge plus avancé, nous voyons la constipation affecter encore une ténacité remarquable : une malade de Hawkins, âgée de 39 ans, n'a de selle, depuis qu'elle est au monde, qu'une seule fois chaque semaine ; chez la femme de 50 ans observée par Roux de Brignoles, la dernière évacuation alvine remontait à un mois.

2° Distension abdominale.

Celle-ci peut atteindre également des proportions très grandes. Elle remonte, dans certains cas, à la naissance, à tel point qu'elle peut constituer une gêne pour l'accouche-

ment, comme cela s'est observé dans le cas de Hobbs et Richemond ; souvent elle suit la naissance au bout de quelques jours. Quelquefois, enfin, elle apparaît à une époque déjà éloignée d'elle : sur 29 cas réunis par Duval, la distension est apparue :

dans les premiers jours de la vie.	12 fois.
dans les premiers mois.....	2 —
dans les 6 premiers mois.....	6 —
dans la première année.....	4 —
dans la deuxième année.....	1 —
dans l'enfance.....	4 —

Cette distension affecte généralement un caractère symétrique, mais il n'est pas exceptionnel de la voir plus marquée soit dans un flanc, soit autour de l'ombilic, soit encore dans la partie supérieure de la région abdominale.

Quelques chiffres nous donneront une idée du degré auquel elle peut parvenir : chez un enfant de 2 mois qu'a observé Mya, la circonférence abdominale atteignait à la naissance, suivant l'endroit où elle était mesurée, 45 centimètres à 56 centimètres 1/2. Chez un enfant de 7 mois (Hirschsprung), elle était de 56 centimètres. Par un traitement approprié, Johannessen est arrivé, chez un garçon de 14 mois, à faire tomber la circonférence abdominale de 72 centimètres à 60 centimètres. Griffiths a vu cette dernière atteindre 69 centimètres 8 chez un enfant de 2 ans et 11 mois et être telle que « les parents redoutaient que le ventre crevât ». Une fillette de 6 ans, observée par Trèves, avait « l'abdomen distendu comme un ballon ». Kohts a vu un petit garçon de 6 ans ne pouvant s'asseoir dans son lit, tant il était gêné par la distension

abdominale ; Formad rapporte le cas d'un individu âgé de 23 ans qui s'exhibait dans les fêtes foraines et auquel une distension abdominale excessivement prononcée avait valu la dénomination « d'homme ballon » ou de « sac d'air ». A un âge plus avancé (55 ans), nous voyons le malade de Money et Paget avoir une circonférence abdominale de 60 pouces. Notons, en terminant, que la distension abdominale a été observée dans 80 % des cas.

3° Mouvements péristaltiques.

Le troisième symptôme principal de la maladie de Hirschsprung consiste dans l'exagération des mouvements péristaltiques ; il est fréquent de les voir nettement se dessiner sous la paroi abdominale. Très souvent, ils sont spontanés, mais parfois aussi, il faut, pour les provoquer, toucher ou percuter la paroi abdominale. Notons que ces mouvements péristaltiques sont très nettement exagérés par le massage. De plus il n'est pas rare de les voir, par leur caractère fréquent et désordonné, constituer une cause de douleurs souvent très violentes pour le malade chez qui ils surviennent.

B. — Autres symptômes généraux

« Nous noterons en premier lieu que, généralement, il n'y a pas de fièvre ; à part quelques cas très rares, comme ceux que signalent Mülberger, chez un enfant de 13 ans, et Tordeus, chez un jeune homme de 17 ans, le mégacôlon congénital est à considérer comme une affection apyrétique, du moins jusqu'à sa période terminale ;

il n'est pas rare, en effet, à cette époque de la maladie, d'observer de la fièvre en rapport avec l'affection qui emporte le malade et qui, souvent, est une broncho-pneumonie ; quelquefois aussi, le malade meurt en présentant des symptômes d'ictère ; il succombe généralement à une cachexie poussée au suprême degré.

2° Quant au pouls, si, dans certains cas, il affecte une lenteur remarquable (42 pulsations à la minute dans une observation de Perthes), il présente généralement une accélération très notable : et il est fréquent d'observer, avec une température normale ou même tant soit peu inférieure à la normale, un pouls à 120 (Mulberger), 128 (Hawkins), 130 et même 140.

3° *Troubles respiratoires.* — La dyspnée, comme nous l'avons vu, est fréquemment observée au cours de la maladie de Hirschsprung, chez l'enfant comme chez l'adulte : le petit garçon de 8 semaines, observé par Ibrahim, « respirait très péniblement ». Il en était de même de celui qu'a vu Baginsky à l'âge de 10 mois. Gee signale une « grande dyspnée » chez un petit garçon de 4 ans et demi. Et dans bien des observations portant sur des malades plus âgés, on relève aussi une certaine gêne de la respiration, en rapport avec un refoulement du diaphragme et la compression cardio-pulmonaire qui en résulte.

4° *Troubles circulatoires.* — Outre les déplacements parfois importants que subit le cœur, comme nous le verrons ultérieurement, et à la suite desquels sa pointe peut arriver à battre bien plus haut que d'habitude, on peut observer soit des palpitations, comme l'a fait Fütterer,

soit un certain degré de faiblesse cardiaque, comme dans le cas de Favalli.

5° *Troubles digestifs.* — En plus des troubles gastro-intestinaux que nous savons être possibles au cours de la maladie de Hirschsprung, il faut savoir que cette affection s'accompagne généralement d'une notable diminution de l'appétit. Quoique, dans certains cas, comme celui observé par Trèves chez un enfant de 6 ans, on ait relevé un appétit excellent, l'anorexie est excessivement fréquente dans le mégacôlon congénital. Elle peut se manifester dès la naissance et nous voyons, dans un cas de Hirschsprung, un enfant se refuser à prendre le sein maternel. Plus tard, elle ne fait que continuer ; elle a pourtant quelques périodes de rémission succédant aux débâcles qui ont diminué momentanément la coprostase.

6° *Troubles psychiques.* — A côté de ces troubles digestifs, il nous a paru logique de grouper certaines modifications psychiques qu'on observe au cours de la maladie de Hirschsprung, car nous croyons pouvoir rapporter ces deux catégories de troubles à des phénomènes d'auto-intoxication : dans les deux cas traités par Schuckmann, et où il a reconnu qu'il s'agissait, en réalité, de mégacôlon congénital, il y avait, comme nous l'avons fait remarquer précédemment, des troubles psychiques fortement marqués. Un malade de Concetti présentait, outre une céphalalgie intense, une grande tristesse et il était dans un état d'agitation permanent. Demons signale une mélancolie profonde chez son sujet. Enfin, chez son jeune malade, Guinard a observé des périodes de mauvaise humeur prenant fin en même temps que les crises d'obstruction survenant au cours de la maladie.

II.

Symptomatologie de la maladie de Hirschsprung, envisagée suivant l'âge du sujet

A. — Chez le nouveau-né et chez l'enfant jusqu'a son sevrage.

Nous ne saurions mieux commencer l'étude des symptômes du mégacôlon congénital chez le nouveau-né qu'en laissant la parole à Hirschsprung. Ce dernier a, en effet, tracé de la maladie à laquelle il a donné son nom, le magistral tableau que voici :

« Un enfant naît absolument sain en apparence. On le « met à la mamelle. Il prend le sein de bon gré et garde « ce qu'il a reçu. Au bout d'un jour, on s'inquiète de ne « pas voir sortir le méconium, et pourtant l'enfant a « déjà eu un, peut-être plusieurs purgatifs ordinaires. « On envoie chercher le médecin : à l'examen, il trouve « l'anus perméable. Le doigt est facilement introduit « dans le rectum, et, en le retirant, un peu de méconium « se montre. Il n'y a pas de quoi s'inquiéter. On ordonne « encore un clystère qui agit un peu, mais insuffisam- « ment. Malgré tout, l'enfant est agité, ne dort plus que « d'un sommeil interrompu et un nouveau symptôme « apparaît. Jusqu'ici, l'état de l'abdomen n'a pas attiré « l'attention ; maintenant, on voit qu'il est volumineux, « distendu et présente évidemment tous les signes d'une « pression intra-abdominale considérable, qui gêne même « bientôt la respiration et la circulation. Le danger peut

« être momentanément écarté par une thérapeutique « active et éclairée, qui provoquera l'évacuation des gaz « et des excréments amincis. Mais la même scène peut « bientôt se répéter, jusqu'à ce que l'enfant succombe « finalement par suite des obstacles à la fonction des « organes de la poitrine ou par marasme, suite d'une « nutrition incomplète et de l'empoisonnement par la « putréfaction des matières fécales.

« Mais la maladie peut aussi suivre un autre cours : « si l'entourage a su prévenir le danger menaçant par « une intervention opportune, la situation pourra s'amé- « liorer et la vie durer longtemps, quoique toujours dans « des conditions assez pénibles. L'abdomen sera toujours « plus ou moins volumineux, ses fonctions étant plus ou « moins embarrassées.

« Dans tous les cas, parmi les symptômes négatifs, je « noterai que les vomissements sont nuls, ou sans signi- « fication, que le mouvement péristaltique n'est pas trop « prononcé et qu'il n'y a pas, à ce qu'il me semble, de « grandes douleurs ».

Comme nous l'avons dit en envisageant d'une façon générale la constipation au cours du mégacôlon congénital, elle se manifeste chez le nouveau-né par la rétention du méconium, fait qui attire généralement l'attention des parents. La durée de cette rétention méconiale est excessivement variable : deux malades de Hirschsprung ne rendent leur méconium qu'au troisième jour, et encore grâce à une intervention digitale ; dans un cas de Kœppe, cette évacuation n'a lieu qu'au quatrième jour et à l'aide de lavements ; enfin, chez le petit malade observé par Perthes, l'issue du méconium ne s'était faite qu'au dix-

septième jour après la naissance. Il est à remarquer que, dans la plupart des cas, cette rétention du méconium ne prend fin que par l'administration de lavements ou de laxatifs, et qu'elle n'a été que le prélude d'une constipation consécutive.

Il ne faudrait pas s'imaginer, toutefois, que la constipation soit toujours la règle : exceptionnellement, le petit garçon de 8 semaines, observé par Ibrahim, a deux selles normales par jour. La diarrhée est ordinairement l'un des symptômes terminaux de la maladie, mais elle peut se manifester au cours même de l'affection sous forme de crises alternant avec des périodes de constipation (Hawkins).

Les mouvements péristaltiques sont visibles et on peut parfois arriver à délimiter nettement et, qui plus est, à saisir l'anse dilatée. (Ibrahim).

Le ballonnement apparaît généralement de bonne heure et accompagne la constipation ; il arrive cependant quelquefois qu'il se produise du ballonnement, sans qu'il y ait de constipation.

Malgré les assertions de Hirschsprung, qui note le peu d'importance des vomissements à l'âge que nous envisageons, il y a lieu de signaler qu'exceptionnellement des vomissements sont apparus dès la naissance : généralement ils sont composés de mucosités ; plus tard, ils renferment des débris alimentaires, mais quelquefois on a vu se produire des vomissements fécaloïdes.

Les douleurs abdominales, symptôme auquel l'importance à attacher n'est que relative, étant donnée la facilité avec laquelle se plaignent les tout jeunes enfants,

étaient particulièrement accusées chez un petit malade observé par Escherisch.

Cet auteur a également noté, ainsi que Schönstadt, la diastase des muscles droits de l'abdomen, phénomène que nous retrouverons avec une plus grande fréquence chez des individus plus âgés. Dans le cas observé par Schönstadt, chez un petit garçon d'un an, la palpation permettait de sentir entre les droits des masses fécales très dures.

L'œdème de la paroi existe rarement.

Enfin, si l'état général peut, dans certains cas, rester très bon, il est fréquent d'observer un amaigrissement assez marqué. (Dans un des cas observés par Mya, un enfant de six mois ne pesait que 4.100 grammes).

En somme, à part les symptômes que nous avons énumérés en dernier lieu, les principaux phénomènes qui peuvent, chez un tout jeune enfant, faire penser à l'existence d'un mégacôlon congénital, sont la rétention du méconium (en l'absence de toute malformation anale), la constipation qui s'établit dès les premiers jours de la naissance, les mouvements péristaltiques et quelquefois les vomissements.

B. — Chez l'enfant.

Nous allons maintenant étudier les symptômes de l'affection, chez l'enfant qui a dépassé l'époque du sevrage, particulièrement funeste, comme nous l'avons montré, pour les sujets chez lesquels se sont déjà manifestés les signes que nous avons énoncés.

La constipation dont on parvenait jusqu'alors et tant

bien que mal à triompher grâce aux lavements, aux suppositoires et aux laxatifs, prend peu à peu un caractère opiniâtre, qui ne fera que s'accentuer ultérieurement. Cette constipation sera de temps en temps interrompue par des débâcles diarrhéiques très abondantes et très fétides, ainsi que les nombreux gaz qui les accompagnent.

Après ces évacuations, le ventre qui, jusqu'alors, était excessivement volumineux et avait une forme de tonneau ou de ballon, s'affaisse progressivement, pour reprendre par la suite, au cours d'une nouvelle période de constipation, son volume antérieur. Sur la paroi abdominale, on remarque très souvent une circulation collatérale fortement prononcée et Fütterer a noté, au niveau du foie, la formation d'une « tête de méduse ».

Les mouvements péristaltiques sont visibles comme ils le sont chez le tout jeune enfant, à tel point que Concetti a fort bien pu apprécier le volume et la longueur d'une anse colique ectasiée.

Les vomissements sont plus fréquents. Ils sont généralement intermittents. Toutefois, Richemond a signalé le cas d'un petit garçon de 2 ans et demi qui vomissait depuis l'âge de trois mois.

Il est à remarquer que, généralement, les vomissements se produisent au cours des périodes de diarrhée, contribuant comme cette dernière à décharger l'organisme des produits toxiques qui résultent de la coprostase.

Les douleurs deviennent un signe qui figurera à juste titre dans la symptomatologie de l'affection : Martin, Trèves et Hartmann signalent chez leurs petits malades de violentes douleurs abdominales.

Le hoquet a été observé par Hirschprung chez un enfant de 3 ans.

La diastase des muscles droits est plus fréquente aussi que chez le tout jeune enfant (Lévi).

L'œdème peut ne pas se borner à la paroi abdominale, mais se généraliser à tout le corps comme il l'a fait dans un cas observé par Friedheim.

L'ascite est très rare, mais il n'est pas exceptionnel de rencontrer une « pseudo-acite » avec le signe de Delbet-Ricard-Mathieu.

Il n'est pas rare de voir se produire des crises aiguës d'obstruction intestinale ; souvent elles s'accompagnent d'éruptions cutanées, qui consistent en érythème, prurigo simple, strophulus, urticaire ou eczéma. Par le toucher rectal, on arrive dans le rectum sur des matières stercorales souvent très dures et des plus abondantes.

Les crises d'obstruction sont parfois accompagnées de coliques qui peuvent être très violentes : ces coliques, signalées par différents auteurs, existaient notamment dans deux des cas observés par M. le professeur Frœlich.

Chez la fillette qui fut indemne de coliques et qui fait le sujet de l'observation n° III de notre Maître, on a constaté, à maintes reprises, l'apparition d'embarras gastrique avec vomissements, mais sans fièvre. Ces troubles gastriques, remarqués par quelques auteurs, ne se manifestent pas dans tous les cas et, comme nous le notons à propos des tout jeunes enfants, si l'amaigrissement et la dénutrition sont de règle dans la maladie de Hirschsprung, il peut, d'autre part, arriver que les sujets atteints de cette affection jouissent d'une parfaite santé apparente.

La présence d'indican dans les urines a parfois été relevée (Mulberger), mais il n'y a pas lieu, semble-t-il, de lui attribuer une grande importance.

Enfin, pour terminer, nous dirons quelques mots des crises de tétanie observées par certains auteurs, notamment par Langmead et par Guinard. Cette affection a déjà été signalée par Trousseau comme pouvant être provoquée par une constipation opiniâtre. La théorie qui nous paraît applicable aux crises de tétanie survenant au cours de la maladie de Hirschsprung est celle d'Escherisch. A la base de ce qu'il appelle la *dyscrasie tétanique*, il met en cause une « auto-intoxication résultant d'échanges interstitiels anormaux ou une intoxication par rétention résultant de l'insuffisante élimination des produits des échanges interstitiels anormaux ». La cause des crises de tétanie, dans l'affection qui nous occupe, nous semble bien être l'auto-intoxication de l'organisme par la coprostase.

A cette époque de la vie, où le système osseux est en pleine voie de développement, la distension produite dans la cavité abdominale n'est pas sans retentir sur la nutrition de ce système ; aussi a-t-on noté le rachitisme dans plusieurs cas. On a signalé, d'autre part, diverses modifications du squelette, dont les principales sont des lésions d'ordre mécanique consistant en déformations du thorax : la cage thoracique s'évase et les espaces intercostaux peuvent se rétrécir.

Les organes thoraciques peuvent être le siège de déplacements quelquefois importants : le diaphragme est souvent repoussé (dans le cas signalé par Guinon et Reubsaët il y avait « un refoulement considérable du diaphragme

par suite de la rétention intestinale ». Les poumons sont très remontés dans le cas de Fütterer et Middeldorpf ; la pointe du cœur peut battre dans le troisième espace intercostal (même observation).

Du côté des organes abdominaux, enfin, l'intestin grêle peut subir des déplacements (Guinard), outre l'aplatissement dont il est généralement l'objet. Le foie et la rate peuvent être repoussés. Enfin, Fenwick a noté de l'oligurie et de graves hématuries en rapport avec la compression des uretères ; on a plusieurs fois remarqué des troubles de la miction.

La symptomatologie que nous venons de décrire, est sensiblement la même chez l'adolescent. Chez lui aussi, l'amaigrissement et la dénutrition semblent être la règle, quoique Fitz, par exemple, ait noté que sa petite malade, âgée de 14 ans « puisse aller régulièrement à l'école et semble aussi forte que ses compagnes bien portantes ».

C. — Chez l'adulte.

Les principaux symptômes qui caractérisent l'affection existent, mais sont généralement moins marqués que chez l'enfant.

Tout d'abord, la constipation a pu, dans certains cas, être précédée de paresse intestinale ; souvent aussi, c'est tardivement qu'elle fait son apparition : si dans les cas de Tuffier, Brook, Formad, Peakok et Roux de Brignoles (pour ne citer que ceux-là), la constipation date de l'enfance, dans les observations de Favalli, Syers et Versé, elle ne s'est développée chez des individus déjà

âgés (50 à 65 ans), que depuis quelques semaines ou quelques mois.

La diarrhée accompagne souvent des poussées de colite aiguë.

La distension abdominale, chez les gens d'un certain âge, peut être énorme (Roux de Brignoles) ; Money et Paget, chez un individu de 55 ans, relèvent, outre une circonférence abdominale de 60 pouces, déjà signalée, une distance de 60 pouces également entre l'appendice xyphoïde et le pubis.

L'oligurie, l'albuminurie et l'indicanurie ont parfois été notées.

Mais ce qui différencie surtout la maladie de Hirschsprung, chez l'enfant et chez l'adulte, c'est la formation, chez ce dernier, de véritables tumeurs, constituées par des matières fécales (stercoromes ou fécalomes). Tuffier et Cerné en ont observé chez des malades âgés de 20 ans. Fabre de Parrel, chez un homme de 25 ans, et Woolmer chez un individu de 42 ans. Exceptionnellement, on en a vu chez les enfants (Gaume, Demons, et tout récemment, M. Bar). Ces tumeurs ont prêté à tant de confusions qu'il y a lieu de fixer notre attention à leur sujet : généralement uniques, elles ont été rencontrées 14 fois sur 88 cas réunis par Tuffier. Elles sont peu douloureuses à la pression, dures comme de la pierre ou, au contraire, molles comme du mastic : elles gardent souvent l'empreinte du doigt. Elles affectent fréquemment un volume important et, le plus habituellement, dans la littérature médicale, on compare leur volume à celui de la « tête d'un fœtus à terme ». Ces tumeurs, généralement mates à la percussion, disparaissent par les évacuations,

par les lavages intestinaux et par le massage, mais elles se reforment ultérieurement dans bien des cas ; nous ne reviendrons pas sur la composition de ces calculs stercoraux, que nous avons étudiée à notre chapitre d'*Anatomie pathologique*.

En terminant, nous rappellerons la statistique de Tuffier, portant sur 88 cas, où les divers symptômes ont été observés dans les proportions suivantes :

Symptômes	Enfants et Adolescents	Adultes	Fréquence (sur 88 cas)
Constipation	58	19	77
Distension abdominale	60	18	78
Mouvements péristaltiques	29	1	30
Vomissements	27	5	32
Douleurs abdominales	17	6	23
Tumeur abdominale ou pelvienne	10	7	17
Troubles fonctionnels du cœur	10	2	12
Troubles respiratoires	11	3	14
Diarrhée et gaz fétides	22	5	27
Tumeur rectale fécale	8	2	10
Fièvre	5	1	6
Oligurie, albuminerie	4	1	5
Troubles psychiques	0	3	3
Œdème	3	1	4
Diastase des muscles droits	3	0	3
Hoquet	1	0	1
Douleur à l'épaule	1	0	1
Douleurs lombaires	0	1	1
Nausées	0	1	1
Amaigrissement	12	2	14
Tympanisme	24	7	31
Indicanurie	2	0	2

Diagnostic

Très souvent, plusieurs des symptômes que nous venons d'étudier se sont trouvés réunis chez des malades, sans qu'on ait pour cela diagnostiqué la maladie de Hirschsprung. Ces erreurs — très explicables par suite de l'époque relativement rapprochée à laquelle l'affection a été étudiée et connue — ont donné lieu à des diagnostics très divers.

1° Tout d'abord, chez l'enfant :

Genersich diagnostiqua : gros ventre de rachitique.
Hawkins » : obstruction intestinale.
Hughes » : colite aiguë simple.
Bristowe » : péritonite tuberculeuse.
Hue » : invagination chronique.

2° Chez les adolescents :

Dubourg diagnostiqua : tumeur bénigne du mésentère.
Villar » : occlusion intestinale par bride ou par torsion.
Pozzi » : kyste ou abcès.

3° Chez l'adulte :

a). CHEZ LES FEMMES :

Tuffier et Saint-Martin pensèrent à un kyste de l'ovaire.
Brook, Blanc et Charlot » une tumeur solide de l'ovaire.
Blanc et Charlot » un hydro ou un hématosalpynx.

b). CHEZ LES HOMMES :

Fabre de Parrel diagnostiqua : tumeur de l'épiploon.
Roux de Brignoles » : étranglement interne.
Banks, Bristowe, Schuckmann, Fitz et Woolmer diagnostiquèrent : occlusion intestinale.

Nous étudierons d'abord, dans un premier chapitre, le diagnostic différentiel de la maladie de Hirschsprung jusqu'à l'âge adulte.

I. — Gros ventre de rachitique.

On a pris pour un gros ventre de rachitique ce qui était un ventre de mégacôlon congénital, comme nous l'avons vu plus haut. Nous avons précédemment insisté sur ce fait que le mégacôlon a frappé, dans certains cas, des enfants rachitiques, ou qui, ultérieurement, le sont devenus. En tout cas, en présence d'un enfant pourvu d'un ventre très volumineux, nous éliminerons l'idée de rachitisme si nous ne nous trouvons en présence des principaux signes de cette dyscrasie, à savoir : l'exagération de la saillie formée par les bosses frontales, la persistance des fontanelles, le thorax en carène et le chapelet rachitique.

II. — Gros ventre de dyspeptique.

Il nous a semblé utile, d'autre part, de montrer comment on élimine, en présence d'un cas de maladie de Hirschsprung, l'opinion qu'on a affaire à un gros ventre de dyspeptique. Cette catégorie de gros ventre sur laquelle Marfan a appelé l'attention, en 1895, dans la *Revue des Maladies de l'enfance*, et dont il a établi les rapports fréquents avec une augmentation de longueur de l'intestin, se différenciera du ventre observé dans le mégacôlon congénital en ce qu'il est très flasque, rend à la percussion un son tympanique sourd et enfin à ce que l'enfant a le plus habituellement une diarrhée verte, qui ne peut laisser grand doute au sujet de l'affection dont il se trouve atteint.

III. — Gros ventre « névropathique »

Il nous a paru intéressant, à côté des deux classes de gros ventre que nous venons d'examiner et qui peuvent prêter à confusion avec la maladie de Mya, d'en étudier, sous cette dénomination, une troisième infiniment plus rare, il est vrai, mais qui pourrait aussi en imposer pour un mégacôlon congénital ; nous pensons, en nous exprimant ainsi, au cas signalé en 1907 par Variot, à la Société de Pédiâtrie de Paris, et dont voici le résumé en quelques mots : il s'agissait d'un enfant de cinq ans, *qui n'était jamais constipé*, mais qui, un soir, présenta de vives douleurs, du ballonnement et un météorisme localisé aux régions des côlons ascendant et descendant. Il y avait des mouvements péristaltiques spontanés et facile-

ment provocables par la percussion au niveau de l'épigastre ; l'enfant avait deux selles normales par jour. Pendant l'examen radioscopique, qui ne montra aucun rétrécissement, on observa des contractions péristaltiques et antipéristaltiques très nettes : ces dernières, suppose Variot, auraient emmagasiné l'air, provoquant ainsi la distension abdominale.

Quoiqu'il en soit, le diagnostic de maladie de Hirschsprung, qu'on avait d'abord envisagé et qui avait été éliminé après examen approfondi, sera à écarter, lorsqu'on se trouvera en présence d'un gros ventre comme celui que nous venons d'étudier, si l'enfant ne présente pas de constipation et si ses fonctions gastro-intestinales ont toujours été normales (ce qui était le cas).

IV. — Péritonite tuberculeuse.

La péritonite bacillaire, plutôt rare chez le nourrisson, l'est infiniment moins chez le jeune enfant ; aussi a-t-on pu, dans plusieurs cas, penser à cette affection, alors qu'il s'agissait de mégacôlon congénital et étant donné ce fait que les deux maladies peuvent présenter des points de ressemblance. Nous envisagerons la péritonite tuberculeuse dans ses diverses formes :

a) *Forme ascitique.*

L'amaigrissement du sujet, les troubles digestifs dont il souffre, les alternatives de diarrhée et de constipation, le volume important qu'arrive à prendre le ventre, constituent autant de causes d'erreurs possibles.

Nous rejetterons le diagnostic de mégacôlon congénital quand nous verrons notre sujet présenter des élévations de température (qui sont rares, au moins au début de la maladie de Hirschsprung), quand chez lui, en très peu de jours, se développera, au lieu du « ventre en tonneau » ou « en ballon », cette forme d'abdomen à laquelle a été donné le nom de « ventre en obusier », et, enfin et surtout, quand il y aura de l'ascite. Ce dernier symptôme, comme nous avons eu l'occasion de le dire antérieurement, est excessivement rare dans le mégacôlon congénital.

Dans les cas de tuberculose péritonéale enkystée, on pourrait avoir à la percussion les mêmes signes que dans la maladie de Hirschsprung ; mais, nous rappelant la loi de Godelier, nous rechercherons si l'une des deux plèvres n'est pas tuberculisée, c'est-à-dire si nous ne trouvons pas de submatité et de frottements à la base, ce qui fortifierait encore notre diagnostic de péritonite bacillaire.

B) *La forme fibro-caséeuse*

de la péritonite tuberculeuse pourrait être confondue avec le mégacôlon congénital, si l'on ne prêtait attention qu'aux masses résistantes qu'on sent dans l'abdomen, en admettant qu'elles ne soient pas en très grand nombre. Mais le fait qu'à la percussion on a, outre de la douleur, une matité « en damier », que le foie est généralement volumineux, que l'enfant a des sueurs nocturnes abondantes, nous aidera à repousser, malgré les alternatives de constipation et de diarrhée, l'idée d'un mégacôlon

congénital. Nous éliminerons de même la troisième forme, ou

c) *Forme fibro-adhésive*,

parce qu'avant qu'elle se soit constituée, nous aurons généralement perçu de l'ascite et qu'à la palpation, nous sentirons des gâteaux péritonéaux sous forme de petites masses dures souvent assez abondantes.

Nous noterons, en terminant, que, dans la péritonite, il ne saurait y avoir de péristaltisme. C'est un point sur lequel Guinard insiste spécialement dans son ouvrage.

Une autre localisation du bacille de Koch a pu être confondue avec la maladie de Hirschsprung : c'est la

V. — Tuberculose des ganglions mésentériques.

Dans cette affection, l'amaigrissement et la dénutrition du sujet, le développement souvent très important du ventre pourraient créer quelques doutes. Mais le fait que le ventre est plutôt gonflé que ballonné et qu'à la palpation on ne percevra, en général, aucune tumeur, en raison de la profondeur des ganglions mésentériques, nous amènera à ne pas envisager plus longtemps l'hypothèse d'un mégacôlon congénital. D'ailleurs, en admettant qu'à la palpation on puisse percevoir de l'empâtement causé par la tuméfaction des ganglions prévertébraux, on n'aurait nullement là la sensation que donnerait une masse stercorale chez l'enfant. A cet âge, en effet, comme nous avons eu l'occasion de le dire, les stercoromes sont généralement mous, dépressibles et, en tout cas, l'administration soit d'un laxatif, soit d'un

lavement, ne tarderait pas à en réduire considérablement le volume.

Pour terminer l'étude des maladies qui, chez l'enfant, peuvent en imposer pour la dilatation idiopathique du gros intestin, il nous reste à envisager deux affections portant sur l'intestin : l'invagination intestinale chronique et l'appendicite.

VI. — L'invagination intestinale chronique

qui est la cause de l'occlusion habituelle chez les jeunes enfants, ne prêtera que difficilement à la confusion, malgré les alternatives de constipation et de diarrhée qu'elle présente, malgré l'anorexie et la cachexie qui peuvent l'accompagner.

Nous ne penserons pas à une maladie de Hirschsprung, si, chez un enfant, nous observons un ventre peu ballonné et des vomissements alimentaires et bilieux permanents, si ses selles sont muco-sanguinolentes et si nous remarquons chez lui une tumeur mobile et surtout changeant de consistance à la palpation (tous signes d'invagination intestinale chronique).

VII. — L'appendicite,

que nous avons réservée comme terme de transition entre le diagnostic différentiel du mégacôlon congénital chez l'enfant et chez l'adulte — étant donné qu'elle les frappe tous deux — ne sera pas à envisager dans le diagnostic, si nous nous trouvons en présence d'un enfant de moins

de cinq ans ; nous savons, en effet, l'extrême rareté de l'appendicite au-dessous de cet âge-là.

S'il n'y avait la douleur intense se localisant au point de Mac-Burney, l'hypereshésie localisée et la fièvre souvent élevée, les vomissements et la constipation pourraient nous faire confondre une crise d'appendicite aiguë avec la maladie de Hirschsprung ; mais, malgré la très grande fréquence du pouls dans les deux affections, nous éliminerons le diagnostic d'appendicite aiguë, par le seul fait que nous aurons constaté, chez notre sujet, la triade de Dieulafoy.

Nous écarterons semblablement l'idée d'une appendicite chronique quand, avec de la constipation et de l'anorexie, nous trouverons chez notre malade un ventre très volumineux, des vomissements peu fréquents, et l'absence de douleur au point de Mac-Burney. Ces trois derniers signes ne sauraient, en effet, s'appliquer à une appendicite.

Chez l'adulte, nous envisagerons : 1° les maladies du sexe féminin pouvant prêter à la confusion avec le mégacôlon congénital ; 2° les affections communes aux deux sexes, pouvant égarer ce diagnostic.

1° Chez la femme, nous avons vu qu'on a parfois confondu les kystes de l'ovaire avec le mégacôlon congénital. Quelles sont donc les raisons qui ont pu motiver cette confusion ? Quels sont, d'autre part, les signes qui nous permettent de ne point commettre cette erreur ?

Tout d'abord, il faut savoir que, parmi les tumeurs ovariennes, ce sont les kystes dermoïdes qui ont le plus

souvent été diagnostiqués, surtout étant donné qu'ils gardent l'empreinte du doigt, comme le fait fréquemment un stercorome. Mais on éliminera, chez une femme déjà âgée, l'idée de kyste dermoïde au profit de celle d'un mégacôlon congénital, si on se rappelle que la première de ces affections ne s'observe guère qu'entre 20 et 35 ans ; de plus, les kystes dermoïdes de l'ovaire tendent généralement, comme l'a montré Kuster, à se développer sur la ligne médiane. En outre, le caractère de la matité et le résultat du toucher et de la palpation bi-manuelle nous rendront difficile la confusion entre le kyste dermoïde et le mégacôlon congénital, malgré la constipation qui peut résulter au cours de la première de ces affections, de la compression au niveau du rectum.

Enfin, en présence des tumeurs solides de l'ovaire (fibromes, sarcomes, épithéliomes ou carcinomes) l'ascite qui est constante dans ces tumeurs nous empêcherait de les confondre avec la maladie de Hirschsprung.

2° *Affections salpingiennes.* — Les douleurs souvent excessives s'irradiant vers la région rénale et vers le siège, les troubles digestifs parfois très marqués, les troubles menstruels qui sont habituels et les phénomènes nerveux généralement bien plus prononcés dans les affections salpingiennes nous permettront, malgré la perception fréquente d'une tumeur indurée, d'éliminer l'idée de mégacôlon congénital au profit de celle d'une salpingite ; nous joindrons, d'autre part, à tous les signes énumérés plus haut, ceux que nous fournira le toucher vaginal combiné à la palpation abdominale.

3° *Tumeurs fantômes.* — Il est enfin, chez les femmes,

un genre de tumeurs qui pourraient prêter à confusion avec le mégacôlon congénital : nous voulons parler de ces tumeurs auxquelles on a donné le nom de *pseudo-kystes* ou de *tumeurs fantômes*. Nous nous rappelons avoir vu plusieurs de ces cas au cours de notre externat dans le service de M. le professeur Bernheim ; ces tumeurs volumineuses se montraient chez des femmes à antécédents nerveux très chargés et disparaissaient, grâce à la suggestion, avec la même facilité qu'elles s'étaient produites.

Quoique ces tumeurs puissent comporter passagèrement des dilatations intestinales, nous ne les confondrons pas avec la tuméfaction abdominale de la maladie de Hirschsprung, car elles surviennent, comme nous l'avons dit, chez des nerveuses ou chez des hystériques et sont facilement réductibles soit par la suggestion, soit même par l'anesthésie chloroformique.

Il nous reste maintenant à faire le diagnostic différentiel du mégacôlon congénital et de quelques affections communes, à l'âge adulte, aux deux sexes.

1° *L'occlusion intestinale*

a souvent été confondue avec la maladie de Hirschsprung, comme nous l'avons vu. En effet, les crises d'obstruction intestinale sont fréquentes au cours de cette affection et pour peu que, dans un cas de mégacôlon congénital, on observe des vomissements fécaloïdes, on aura vite fait de croire à une occlusion.

Mais, quoique dans les deux affections il y ait du ballonnement et de la fréquence du pouls, le caractère très violent des douleurs ressenties, l'arrêt complet des

matières et des gaz, et surtout la répétition des vomissements fécaloïdes, qui est des plus rares dans la maladie de Hirschsprung, ne sauraient laisser subsister plus longtemps l'hésitation entre le mégacôlon congénital et l'occlusion intestinale aiguë.

Quant à l'occlusion chronique, le caractère tardif du ballonnement et surtout l'évacuation de selles sanglantes ou muco-sanguinolentes permettront de facilement la reconnaître.

2° *Tumeurs intestinales.*

Quoiqu'à leur début, celles-ci puissent présenter des signes identiques à ceux de la maladie de Hirschsprung, on les diagnostiquera parce qu'elles se seront produites chez un individu âgé, parce que la cachexie aura eu un développement rapide et qu'il y aura un engorgement ganglionnaire généralement très prononcé.

En particulier, outre le cancer du côlon, il sera indiqué, en présence d'un individu âgé chez lequel on observe de la constipation et des débâcles diarrhéiques, d'envisager la possibilité d'un cancer rectal : la triade symptomatique de cette dernière affection (hémorrhagies, troubles de la défécation et douleurs) ne permettra pas l'erreur, surtout étant donnée l'absence de ballonnement et de contractions péristaltiques visibles.

3° *L'entérite tuberculeuse,*

en raison du météorisme abdominal et de l'amaigrissement qui l'accompagnent, pourrait faire croire à l'existence de la maladie de Mya ; mais, dans cette localisa-

tion de la tuberculose, les selles ont des caractères qui rendent la confusion bien difficile ; la diarrhée est presque de règle et s'accompagne de sang et quelquefois de fragments de la muqueuse intestinale. Quant, par exception, il y a de la constipation au cours de l'entérite tuberculeuse, l'état général très mauvais et surtout la constatation de signes de phtisie pulmonaire contribueraient à écarter l'erreur.

En résumé, le mégacôlon congénital peut être confondu, au premier abord, avec un certain nombre d'affections excessivement variées. Les erreurs seront, en général, évitables si on se rappelle la triade symptomatique du mègacôlon congénital et, surtout, si on « pense » à cette maladie, comme le fait remarquer Guinard.

Nous serons d'ailleurs aidés dans notre diagnostic par une série de moyens dont nous allons maintenant faire l'étude :

Moyens de diagnostic

Chez le nouveau-né, tout d'abord, on s'assurera, à l'aide du doigt ou d'une petite sonde, qu'il n'y a ni malformation anale, comme dans le cas de Porro, ni, d'autre part, de rétrécissement ou de polype au niveau du rectum.

Le *toucher rectal* devra d'ailleurs être pratiqué dans tous les cas et il pourra nous donner de précieux renseignements. Chez la femme, nous ne manquerons pas de le compléter par le toucher vaginal, qui nous permettra de différencier du mégacôlon congénital certaines tumeurs des organes génitaux.

Mais, outre ces moyens naturels, nous aurons à notre disposition toute une série de procédés techniques.

1° L'*injection d'un lait de bismuth*, telle que l'ont faite Guinon et Reubsaët, fournira la preuve d'une dilatation existant au niveau du gros intestin, si ce liquide ne s'élimine que cinq à six jours après, en donnant aux selles la coloration noire bien connue.

2° *L'injection d'un lait de bismuth* pourra nous rendre des services plus importants encore pour la *radioscopie du gros intestin*. Cette méthode a été employée avec succès par Guinon et Reubsaët et permet de voir d'une façon nette et précise quel est le siège de la dilatation.

Notons incidemment, à propos du bismuth, qu'étant donnée la solubilisation possible de son sous-nitrate et les dangers d'intoxication qui peuvent en résulter, le professeur Kaestle (de Munich) a récemment préconisé, pour le remplacer, l'oxyde de zircone. Ce sel blanc, insipide et surtout insoluble, n'offrirait aucun danger et se montrerait spécialement imperméable aux rayons X ; aussi pourra-t-il être indiqué de s'en servir dans les examens radioscopiques nécessités par l'affection qui nous occupe.

3° *L'insufflation d'air dans l'anus*, pratiquée au moyen d'un ajutage qu'on adapte à une soufflerie en caoutchouc permet de voir sur l'écran radioscopique quel est le siège de la dilatation.

4° *Les lavages intestinaux*, outre leurs effets remarquables dans le traitement du mégacôlon congénital, peuvent rendre des services dans le diagnostic de la maladie ; lorsqu'ils arrivent difficilement à sortir et que leur évacuation se fait d'une façon incomplète, on peut penser

qu'une valvule s'est constituée au niveau du rectum, mécanisme d'obstruction dont nous avons déjà parlé.

5° On pourra, d'autre part, faire la radiographie, en introduisant au préalable, dans l'intestin, un mandrin métallique revêtu d'une longue sonde en caoutchouc rouge, suivant la technique employée par Neugebauer.

6° Outre les divers procédés cités plus haut, on peut encore employer la *diaphanoscopie* et la *rectoscopie supérieure.*

a) La diaphanoscopie, qui se fait à l'aide d'une sonde de Nélaton et d'une lampe électrique introduite dans l'anus, a donné à Neugebauer et à Schreiber d'excellents résultats, respectivement chez un enfant de 12 ans et chez une jeune femme de 20 ans.

b) Enfin, dans la rectoscopie supérieure, qu'on exécute suivant la technique de Tutte-Struss, on se sert d'air comprimé pour triompher de la résistance opposée par le muscle constricteur et rendre ainsi plus facile l'examen rectoscopique.

Il n'est pas sans intérêt, à propos de la recto-sigmoïdoscopie, de rappeler que tout récemment, Bensaude (1) a présenté à la Société médicale des Hôpitaux de Paris un « appareil qui a l'avantage de pouvoir être employé à volonté avec un éclairage interne ou externe et d'avoir une seule tige éclairante s'adaptant aux tubes de diamètre différent ».

---

(1) in *Journal de Médecine de Paris* 1910, n° 24, p. 424.

Evolution-Pronostic

Malgré les procédés que nous venons d'étudier et qui permettent, par la base sérieuse qu'ils fournissent au diagnostic, d'entreprendre aussitôt le traitement de la maladie, celle-ci a un pronostic généralement très grave : 60 à 63 0/0 de mortalité. C'est qu'elle se complique fréquemment d'accidents très sérieux.

1° Chez les enfants, les principales causes de mort sont l'obstruction intestinale, avec tous les accidents d'intoxication stercorémique qui en peuvent résulter, et la colite ulcéreuse s'accompagnant de péritonite. Notons que fréquemment les jeunes sujets sont enlevés par une maladie intercurrente : généralement des affections des voies respiratoires et, en particulier, la broncho-pneumonie. Dans certains cas, l'enfant est mort au cours d'une grippe ou d'une rougeole (Tuffier).

Quoiqu'il en soit, la marche de l'affection nous semble être surtout rapide à deux époques : d'une part, les tout premiers temps de la vie ; d'autre part, la période consécutive au sevrage, qui est souvent un moment fatal pour les jeunes sujets. Dans la plupart des cas, les enfants succombent dans un état de cachexie et d'amaigrissement extrême, avec tous les signes d'une dénutrition très prononcée.

Sur 16 cas observés par Concetti sur des enfants de quelques jours à 13 ans, la mort s'est produite :

8 fois à 1 an ;
3 fois entre 1 et 2 ans ;
2 fois entre 2 et 4 ans ;
3 fois entre 10 et 13 ans.

Sur 43 cas réunis par Duval et comprenant 30 décès (soit 69 0/0), l'âge de la mort se trouve réparti de la façon suivante, en ce qui concerne les 23 décès d'enfants :

1° Dans les premiers jours de la vie :	Reither (10e jour)	soit 2,3 °/₀.
2° Dans les six premiers mois (4 cas)	Berti (2) (2 mois) Hirschsprung (2) (2 mois 1/2) Hirschsprung (5) (3 mois) Mya (2) (6 mois)	soit 9,2 °/₀.
3° De six mois à un an (3 cas)	Hirschsprung (2) (7 mois) » (1) (8 mois) Hadden (11 mois)	soit 6,9 °/₀.
4° De un an à cinq ans (10 cas)	Berti (1) (13 mois) Genersich (15 mois) Fenwick (17 mois) Tordeus (17 mois) Concetti (1) (2 ans 1/2) Griffiths (2 ans 11 mois) Hughes (3 ans) Martin (3 ans 1/2) Gée (1) (4 ans) « (2) (4 ans 1/2)	soit 23 °/₀.
5° De huit ans à quinze ans (5 cas)	Bristowe (4) (8 ans) Walker (11 ans) Rolleston et Haward (12 ans) Gaume (12 ans 1/2) Fütterer (14 ans)	soit 11,5 °/₀.

2° Chez les adultes, l'évolution est généralement moins rapide que chez l'enfant ; à part quelques cas où la mort a été subite ou presque, (Favalli, Duval) il s'agit plutôt chez eux de formes chroniques, contrairement à ce qui se passe dans le jeune âge où la maladie revêt le plus fréquemment un caractère aigu, qui en fait la gravité particulière. Chez l'adulte, nous trouvons deux grandes causes d'issue fatale : l'obstruction intestinale et la colite aiguë.

L'obstruction intestinale, qui, dans 55 cas de mort réunis par Tuffier, fut observée 26 fois, c'est-à-dire presque dans 50 0/0 des cas, peut se produire suivant trois mécanismes étudiés tout spécialement et tout récemment par Guinard :

a) Le segment de côlon, qui se trouve ectasié, peut prendre un volume tel qu'il vient constituer autour de l'orifice supérieur de la portion d'intestin sous-jacente un véritable « ballon élastique ». Ce dernier au niveau de la continuation des deux segments, provoque des phénomènes de compression, d'où résulte l'obstruction : ce mécanisme était particulièrement net chez la petite fille dont Hartmann a présenté l'observation, en 1907, à la « Société de chirurgie de Paris » et chez laquelle on arrivait, par insufflation, à provoquer la formation d'une véritable valvule.

b) La torsion du gros intestin par un mésentère anormalement long peut provoquer, d'autre part, des phénomènes d'occlusion : ce fut le cas pour les malades de Bessel-Hagen et de Tuffier.

c) Enfin, une dilatation exagérée du côlon transverse peut, en accentuant les coudures hépatique et splénique

du côlon, provoquer aussi l'occlusion intestinale. Morestin (1) admet d'ailleurs, comme cause de l'occlusion intestinale en général, la coudure au niveau de l'angle gauche du côlon. Il en a rapporté un cas particulièrement intéressant, où « toutes les constatations faites pendant l'opération tournaient autour de ce seul phénomène : distension énorme de tout l'intestin jusqu'à l'angle colique gauche, où cette dilatation cessait brusquement ».

Il peut se faire aussi que l'occlusion soit réalisée par la présence d'un calcul fécal volumineux et obstruant complètement la lumière intestinale.

Pour terminer, nous dirons qu'en présence de crises d'occlusion fréquemment répétées, le pronostic s'assombrit singulièrement.

Comme nous l'avons dit plus haut, la colite aiguë cause plus souvent la mort chez l'adulte que chez l'enfant. Nous voyons, en effet, sur les 55 décès relevés par Tuffier, 11 morts produites par cette inflammation; on la dépistera aisément grâce à la fièvre, aux douleurs vives et à la diarrhée abondante qui vient remplacer la constipation.

Comme autres causes de mort, à part les cas dans lesquels le mauvais état du sujet ou des complications imprévues ont fait échouer l'intervention chirurgicale, nous trouvons encore la pneumonie et l'asystolie.

Sur les 43 cas réunis par Duval et comprenant 30 morts, comme nous l'avons dit plus haut, 7 de ces décès (soit 16,1 % des cas) concernent des adultes et se répartissent de la façon suivante :

Hichens.....	20 ans
Formad.....	23 ans

(1) in « *Revue de Gynécologie* », 1903.

Bristowe (4)	28 ans
Harrington	40 ans
Banks	50 ans
Favalli	50 ans
Money	55 ans

De notre côté, nous avons fait une statistique personnelle portant sur 50 cas, allant de 2 jours à 68 ans. Dans ces cas, la mort est survenue pour les raisons suivantes :

CAUSES DE LA MORT	Fréquence	NOMS DES AUTEURS
Obstruction intestinale	13 fois	Torrel, Pfisterer, Stirnimann, Neugebauer, Hawkins, Baginski, Bing, Wilkie, Rolleston et Haward, Perthes Peakok, Mouges, Schuckmann.
Colite aiguë	4 »	Mya, Hughes, Mulberger, Formad.
Péritonite	8 »	Kœppe, Gourevitch, Koths, Cerné, Hawkins (2 cas), Harrington, Versé.
Diarrhées profuses	6 »	Billard, Hirschsprung, Gaujoux, Concetti, Langmead, Gée.
Broncho-pneumonie	4 »	Hawkins, Langmead, Hirschsprung, Berti.
Méningite	2 »	Bittorf, Zöppfel.
Tuberculose miliaire aiguë	1 »	Haushalter.
Mort subite	2 »	Hichens, Roth.
Entérite fébrile	1 »	Koths.
Cachexie et inanition	2 »	Riether et Hadden.
Dyspnée et faiblesse cardiaque	2 »	Dupleix, Favalli.
Après interventions chirurgicales diverses	5 »	Tuffier, Schuckmann, Martin, Hue, Frœlich.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Ammon (*in* Duval).

Dilatation du rectum, du côlon descendant et du côlon pelvien chez un fœtus de sept mois.

OBSERVATION II. — Ammon (*in* Duval).

Autopsie d'un enfant mort peu de temps après la naissance, avec des dilatations sacciformes du côlon descendant séparées par des points rétrécis. Dilatation sacciforme également du « point où le côlon descendant doit passer dans le rectum » (côlon pelvien).

OBSERVATION III. — Porro (*in* Gaujoux).

Enfant de deux jours, cachectique. Pas d'élimination spontanée du méconium.

Anus imperforé et opéré : Mort au sixième jour.

Autopsie : A l'extrémité du côlon, dilatation sacciforme très considérable remplie de gaz et de fèces. Muqueuse très rouge, enflammée. Malformations viscérales multiples.

OBSERVATION IV. — Torrel.

(Deutsch. med. Woch., 1905, xxi, 344).

Enfant de deux jours.

Symptômes : Signes d'iléus. Pouls très petit. Mort par obstruction.

Diagnostic : Iléus.

Autopsie : Circonférence du gros intestin : 45 centimètres. Le côlon présente deux brusques coudures. L'intestin grêle est uniformément distendu, à l'exception du duodénum.

OBSERVATION V. — Billard (*in* Gaujoux).

Enfant de six jours. Dilatation énorme du côlon. Poussée terminale de diarrhée, Léger ictère. Diarrhée abondante. Cachexie, mort.

Autopsie : Processus ulcéreux avancé au niveau de la muqueuse. Rien à l'estomac ni à l'intestin grêle. Vers la fin de l'iléon, la paroi intestinale commençait à s'épaissir. Elle devenait de plus en plus épaisse, pour le rester dans toute l'étendue du côlon dilaté. Cet épaississement avait spécialement, pour siège, la sous-muqueuse, épaisse d'une demi-ligne au moins ; son tissu était homogène.

OBSERVATION VI. — H. Kœppe.

Fillette de trois semaines.

Première évacuation intestinale quatre jours après la naissance et par lavement. Plus tard, l'enfant n'a de selles qui si on lui donne des lavements. Vomissements. A l'entrée, vomissements fécaloïdes.

Abdomen distendu. Avec le doigt on provoque une évacuation rectale. On fait ensuite passer une sonde dont le retrait amène une seconde et abondante évacuation. Amélioration marquée.

Cinq jours après, l'enfant est ramenée : ventre énorme, cyanose de la face et des membres, respiration superficielle. Avec le doigt on provoque une évacuation alvine, suivie d'une grande amélioration.

En trois semaines, quatre nouvelles crises identiques. A la dernière, mort avec phénomènes de péritonite.

L'intervention chirurgicale n'a pas été tentée en raison du très mauvais état de l'enfant.

Autopsie : Dans le péritoine, liquide sale, fétide.

Gros intestin ayant le « volume d'un bras d'enfant ».

A sa partie moyenne, l'*S* iliaque est perforé en trois places.

Rectum légèrement dilaté.

Epaisseur des parois du gros intestin : $1^{m}/^{m},5$.

OBSERVATION VII. — Hawkins.

(Brit. med. Jour., 2 Mars 1907*)*.

Enfant âgé de trois semaines, né avant terme.

Symptômes : Alternatives de constipation et de diarrhée. Vomissements. Météorisme.

Diagnostic : Malformation à l'union du côlon et du rectum.

Traitement : Laparotomie exploratrice.

Mort deux jours après, de broncho-pneumonie.

Anatomie Pathologique : 1° (Laparotomie) : Distension considérable du cœcum, des côlons ascendant et transverse;

2° (Autopsie) : Lésions de broncho-pneumonie.

Du côté de l'intestin, absolument rien d'anormal.

OBSERVATION VIII. — Bing.

(Arch. f. Kinderh., 1906, LXXIV, 59).

Enfant âgé de cinq semaines.

Symptômes : Dès sa naissance, ventre volumineux. Selles rares. Dans la partie supérieure de l'abdomen, deux tumeurs se rencontrent sous un angle droit. Elles sont formées par les côlons transverse et ascendant.

Pouls rapide, mais faible.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Lavements.

Autopsie : Grande dilatation du côlon, qui recouvre le foie. Celui-ci est fortement repoussé. Quelques ulcérations sur le côlon.

OBSERVATION IX. — Pfisterer (*in* Gaujoux).

Enfant âgé de cinq semaines.

Constipation opiniâtre. Dilatation du côlon évidente. Abdomen énorme très tendu, Anus artificiel. Mort.

Autopsie : Côlon très distendu. On trouve une coudure de l'*S* iliaque vers le rectum avec un angle ouvert en avant. Si on pressait sur le segment du gros intestin, au-dessus de la coudure, l'*S* iliaque se remplissait, venait se comprimer contre le bassin et se coudait encore davantage avec le rectum. Si on tirait en haut l'*S* iliaque, le contenu de l'intestin se vidait facilement par l'anus.

OBSERVATION X. — Goppert (*in* Gaujoux).

Enfant âgé de cinq semaines, chez lequel on a dû provoquer l'expulsion du méconium.

Le troisième jour, ballonnement abdominal; pas de selles pendant huit jours; ballonnement énorme. Rectum normal; mais, à une distance de 6 à 7 centimètres, le doigt s'arrête et ne peut avancer. Un peu de méconium, expulsion de gaz. L'abdomen s'aplatit. Lavements.

Huit jours après, on réussit à introduire un drain au-dessus de l'obstacle. On le laisse à demeure pendant quelque temps. Très grande amélioration. L'enfant prospère. Le drain n'est bientôt mis que très rarement. La constipation persiste, mais cède facilement.

OBSERVATION XI. — Wilkie

(*in Edimb, med. Journ.*, sept. 1909).

Garçon de cinq semaines.

Constipation et gonflement du ventre depuis la naissance.

Vomissements depuis deux jours.

Lavages quotidiens de l'intestin: amélioration.

10 jours après, collapsus et mort.

Autopsie: Tout le gros intestin est dilaté et hypertrophié, principalement la tunique musculaire.

Pas de rétrécissement du rectum.

Intestin grêle et pylore sains.

Foie gras. Broncho-pneumonie.

OBSERVATION XII. — Ibrahim

(*Deutsch. med. Woch.* 1905, XXI, 905)

Enfant âgé de huit semaines.

Symptômes: Depuis l'âge de trois semaines, distension abdominale progressive. Respiration pénible. Mouvements

péristaltiques. Anse sigmoïde nettement visible. Pas de constipation, deux selles par jour. Deux coudures brusques.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement: Massage, sonde rectale, amélioration.

OBSERVATION XIII. — Mya (obs. I, *in* Duval).

Enfant de deux mois, qui, déjà à sa naissance, avait du météorisme et des vomissements. La première évacuation de méconium n'eut lieu que le deuxième jour et à l'aide de lavements. Le météorisme ne diminua pas après ceux-ci (circonférence abdominale = 45cm à 56cm,5) et la constipation dure de 5 à 10 jours.

La sonde rectale pénètre avec une grande facilité.

Après observation pendant six semaines, on perd de vue cet enfant.

OBSERVATION XIV. — Hirschsprung (obs. III; *in* Duval).

Garçon mort à deux mois et demi.

Pas d'évacuation intestinale depuis la naissance.

Le troisième jour après celle-ci, abdomen très distendu. L'introduction du doigt dans l'anus provoque l'expulsion du méconium.

Pas de selle spontanée, pas de diarrhée, abdomen distendu. Sous la paroi, mouvements péristaltiques visibles. Distension progressive. L'état général décline. Mort.

Autopsie : Distension du cœcum et des quatres parties du côlon. Les angles hépatique et splénique sont étroits.

Parois côliques hypertrophiées. Pas d'ulcérations, pas de sténose.

Côlons partout remplis de matières.

OBSERVATION XV. — Hirschsprung (obs. V, *in* Duval).

Enfant âgé de 3 mois, n'ayant pas encore évacué son méconium le troisième jour ; refuse le sein maternel.

Abdomen très dilaté, parois œdématiées. Un doigt introduit dans l'anus fait expulser le méconium. L'enfant tète, mais ne va à la selle que si on lui donne de l'huile de ricin ou des lavements.

Météorisme. Anses intestinales visibles sous la paroi.

Oedème cutané disparu et cicatrisation ombilicale parfaite au 23e jour. Pas de vomissements ; hoquet fréquent.

Le poids augmente. L'exploration digitale montre que l'intestin est rempli de fèces dures, qui sont mécaniquement évacuées.

Au 3e mois, état misérable ; poids = 2500 gr. Pourtant évacuation alvine spontanée et journalière. Apathie. Ballonnement abdominal constant. Anses intestinales très saillantes. Oligurie, légère albuminurie. Dans les derniers jours, apparition des vomissements ; l'enfant meurt à la fin du 3e mois.

Autopsie. Segment inférieur de l'iléon légèrement dilaté et contenant des plaques de Peyer hypertrophiées. Cœcum dilaté et à parois épaissies. Côlon ascendant court, diminuant de volume à l'angle hépatique, dont les parois sont moins épaissies ; la muqueuse en cet endroit présente des replis multiples.

Côlon transverse : 17cm de long sur 11cm de large, pas très épaissi. Sur la muqueuse, seulement quelques plis transversaux très espacés. Parois de l'angle splénique épaissies et dilatées.

Côlon descendant et pelvien très dilatés et très hypertrophiés : 24cm de diamètre ; 3 millimètres d'épaisseur.

OBSERVATION XVI. — Escherich

(*Wiener Kl. Woch.* 1906, XIII. 55)

Enfant âgé de trois mois et demi.

Symptômes : Dès la naissance, ventre volumineux Vomissements fécaloïdes. Constipation. Douleurs abdominales. Mouvements péristaltiques visibles. Diastase des muscles droits de l'abdomen. Soulagement après chaque selle.

Diagnostic : Megacôlon. Les rayons X montrent un côlon transverse considérablement distendu et une anse sigmoïde longue et distendue. Le foie et l'estomac sont refoulés.

Traitement : Médical.

Autopsie : Confirme les résultats de la radioscopie. Le côlon mesure 16 centimètres de circonférence.

OBSERVATION XVII. — Stirnimann

(Corresp. Bl. f. Schweizer-Aerzte, 1905, XXXV, 569).

Enfant de trois mois et demi.

Symptômes : Constipation remontant à la naissance. Distension abdominale, surtout à gauche, mais s'atténuant après évacuation. Pouls très rapide, respiration fortement accélérée. Ventre douloureux à la pression. Mort par obstruction.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Sonde. Lavements seuls efficaces.

Autopsie : Côlon renfermant 1.700^{cc} de matières. *S* iliaque très dilatée. Long mésocôlon.

OBSERVATION XVIII. — Bittorf

(*Munch. med. Woch.*, 1906, LIII, 265).

Enfant âgé de quinze semaines.

Symptômes : Constipation. Ventre volumineux. Tumeur dans l'hypochondre droit. Foie repoussé. Les selles font diminuer la tumeur.

Diagnostic : ?

Traitement : Médical.

Mort de méningite.

Autopsie : Hypertrophie et dilatation de l'anse sigmoïde. Etranglement à son extrémité inférieure.

OBSERVATION XIX. — Bertelsmann (2e cas).

Enfant de quatre mois, dans un état misérable.

Vomissements fécaloïdes, ventre très distendu.

Un tube en verre, introduit par l'anus, donne plus de deux litres de matières.

Quelques fissures et angiomes autour de l'anus ; guérison.

Diagnostic : Maladie de Hirschsprung ??

OBSERVATION XX. — M. Bar.

(in *Bull. Soc. Obstétrique*, Paris, 1910, n° 4 ; p. 172 .

(Résumé)

Petit garçon, de quatre mois et demi. Etat général satisfaisant.

Depuis quelques jours, volumineuse tumeur à la partie inférieure gauche de l'abdomen. Dès qu'on presse sur cette tumeur, cris de l'enfant.

Au-dessus de l'arcade de Fallope gauche, une masse volumineuse très dure en haut et en bas, moins dure sur la

partie moyenne, où on perçoit de la crépitation neigeuse. Cette masse donnait l'impression d'un phlegmon ligneux ou de certaines tumeurs malignes. Le cordon spermatique était très œdématié. L'enfant urinait bien, mais avait plutôt de la diarrhée que de la constipation.

Quinze jours après cet examen, l'enfant, revu, est très amaigri. Même tumeur. Diarrhée incoercible, sans que jamais il y ait eu constipation. Mort quelques jours après.

Autopsie : Adhérences péritonitiques, entre la vessie et la partie inférieure de la dilatation colique et, d'autre part, entre la paroi antérieure de celle-ci et la paroi abdominale.

Rectum non dilaté, mais très épaissi.

Au-dessus sac colique avec, sur sa partie moyenne et antérieure, zone amincie. Diamètre transversal du sac : 6 centimètres ; hauteur : 6 centimètres ; sur la partie latérale gauche du sac, adhérence étroite du cordon spermatique. Au-dessus du sac, le côlon descendant avait, sur 8 centimètres, une lumière étroite ; au-dessus de cette région, il était un peu dilaté.

Intestin grêle normal.

Dans le sac colique, bloc de matières fécales dures, jaunes et très fétides. Ce bloc pesait 43 grammes et avait un volume de 33^{cc}. Peu de matières fécales dans le reste du gros intestin.

Examen histologique : Hypertrophie considérable de la musculeuse au-dessous, au-dessus et au niveau du sac. Au-dessous de lui, l'épaisseur de la paroi intestinale = 2$^{m}/^{m}$ 1/2 ; au-dessus, la couche glandulaire de la muqueuse est épaisse, en moyenne, de 370 μ ; la couche musculeuse interne, de 630 μ ; l'externe, de 390 μ ; couche celluleuse épaissie et infiltrée de cellules rondes.

Au niveau du sac, muqueuse épaissie ; couche glandu-

laire épaisse de 550 μ, et contenant des glandes très élargies. Couche musculaire de la muqueuse épaissie. Infiltration de la couche celluleuse. Musculeuse mesurant, par place, 1 300 μ d'épaisseur. Couche externe épaissie.

OBSERVATION XXI. — Mya (Obs. II, *in* Duval).

Enfant de six mois.

Depuis la naissance, distension abdominale et constipation. Lavements fréquemment retenus. Constipation durant huit jours. Parfois vomissements, fièvre, diarrhée, agitation, dyspnée. L'enfant maigrit beaucoup (poids : 4.100 grammes). Sous la paroi abdominale on voit se mouvoir les anses dilatées. L'introduction – facile – d'une sonde anale provoque une émission de gaz très fétides. Au bout de quinze jours, mort par colite aiguë.

Autopsie : Gros intestin très hypertrophié par places ; remplit totalement la cavité abdominale. Côlon irrégulièrement dilaté ; côlons ascendant, descendant et pelvien, rectum supérieur : 5 centimètres ; milieu du côlon transverse : 16 centimètres.

Muqueuse rouge, injectée; nombreuses ulcérations folliculaires ; disparition des plis normaux.

Pas d'obstruction, ni de sténose.

Les mensurations sont :

Muqueuse	épaisseur.	0m055
Muscularis mucosae	—	0m220
Tissu conjonctif, sous-muqueux	—	0m550
Musculaire transverse	—	0m330
Musculaire longitudinale	—	0m035
Séreuse	—	1m505
	Epaisseur totale.	2m695

Muqueuse, en nombreux points, privée de son épithélium et de ses glandes tubulées. Nombreux amas leucocytaires. Tissu conjonctif sous-muqueux, épaissi ; faisceaux très développés. Musculaire transverse hypertrophiée, infiltrée. Musculaire longitudinale amincie. La répartition en trois bandes n'est plus visible. Séreuse très épaissie, avec des faisceaux conjonctifs complètement développés. Vaisseaux atteints, épaissis jusqu'à oblitération.

OBSERVATION XXII. — Hirschsprung (Obs. II ; *in* Duval).

Garçon de sept mois, constipé depuis sa naissance. Selles seulement après purgatifs.

Pas de douleurs, pas de vomissements.

Abdomen parfois grandement distendu, et cette distension augmente progressivement.

A six mois, une ponction intestinale est faite au trocart, sans incidents. Diarrhée et vomissements passagers.

Abdomen énorme : 56 centimètres de circonférence.

Mouvements péristaltiques visibles. Diarrhée profuse. Amaigrissement. Mort au bout de quatre à cinq semaines.

Autopsie : Côlons pelvien et transverse très distendus.
Hypertrophie des parois.
Ulcérations muqueuses.

OBSERVATION XXIII. — (Anonyme).

(*in* thèse de Le Calmé).

Enfant âgé de sept à huit mois.

Symptômes : Constipation et météorisme, depuis la naissance. Quelques selles spontanées. Le météorisme varie

avec la constipation. Vomissements et souvent crises de coliques avec fièvre. Anses visibles.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Médical.

L'état ne se modifie en rien.

OBSERVATION XXIV. — Osler (Obs. II ; *in* Duval).

Enfant de sept mois et demi, souffrant depuis sa naissance de constipation et de météorisme ; n'a eu jusqu'à cet âge que cinq à six selles spontanées.

L'exploration rectale permet d'affirmer l'absence de tout rétrécissement.

Le météorisme augmente parallèlement à la constipation.

Vomissements. Souvent crises de coliques et fièvre. Mouvements péristaltiques visibles sous la paroi.

L'enfant est observé pendant sept à huit mois ; son état ne s'est nullement modifié.

OBSERVATION XXV. — Hirschsprung (Obs. I ; *in* Duval).

Garçon de huit mois, constipé depuis sa naissance, ne va à la selle que par lavements ; fèces de couleur et consistance normales. Bonne santé.

Abdomen modérément distendu. Rectum plein de scybales ; une selle en 14 jours.

Le ballonnement du ventre disparaît par les évacuations.

Vomissements.

Le ventre devient énorme ; diarrhée fétide très abondante. Mort à onze mois.

Autopsie : Grande dilatation du côlon pelvien et spécialement du côlon transverse. Parois hypertrophiées. Ulcérations muqueuses. Reste du côlon élargi ; rectum normal ; aucune sténose.

OBSERVATION XXVI. — Neugebauer

(*Archiv. fur Klin. Chir.* 1907. B. 82 ; p. 503).

Enfant âgé de neuf mois.

Symptômes: Constipation et distension abdominale dès naissance. Vomissements.

Diagnostic : Megacôlon.

Traitement : Introduction d'une sonde rectale.

Mort par obstruction.

Autopsie : Anse sigmoïde dilatée et allongée. Côlon transverse dilaté. Hypertrophie. Estomac repoussé vers la colonne vertébrale. Pas de sténose.

OBSERVATION XXVII. — Hawkins

(*Loc. Cit.*).

Enfant âgé de dix mois.

Symptômes: Depuis la naissance, constipation s'accompagnant de météorisme. Anses intestinales visibles. Mouvements péristaltiques.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement: Médical.

Mort d'obstruction. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XXVIII. — Baginski

(*Berlin med. Woch*, 1904, XLI, 1252).

Enfant âgé de dix mois.

Symptômes : Distension abdominale survenue dès le sevrage. Tympanisme. Dyspnée. Foie repoussé. Mort par obstruction.

Diagnostic : Mégacôlon.

Autopsie : Côlon fortement élargi. Musculaire très hypertrophiée. Pas de sténose. Extrémité de l'intestin grêle distendue.

OBSERVATION XXIX. — Bing

(*Loc. cit.*).

Enfant âgé de dix mois.

Symptômes : Au 3e mois, constipation et météorisme. Amaigrissement.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Médical

Mort d'obstruction.

Autopsie : Côlon distendu, surtout dans sa partie transverse. Parois du côlon et de la partie inférieure du grêle fortement hypertrophiées. Muqueuse hyperhémiée.

Examen microscopique : Musculeuse hypertrophiée ; les faisceaux longitudinaux renferment des fibres conjonctives.

OBSERVATION XXX. — Gaujoux.

Enfant âgé de dix mois, né à terme, nourri au sein. Le méconium, très poisseux, sortit péniblement. Peu à peu les selles s'espacent et les matières rejetées deviennent de plus en plus dures,

A certains moments de constipation déjà ancienne, vomissements.

Purgatifs, lavements.

Le ventre grossit peu à peu jusqu'à devenir énorme : sevrage brusque en plein été à huit mois. Diarrhée. Le volume du ventre reste énorme. Bientôt diarrhée profuse. Mort.

Autopsie : Côlon extrêmement dilaté : 7cm 1/2 de diamètre, parois très épaissies, S iliaque de calibre normal, mais très allongé (0m,40) et plusieurs fois replié sur lui-même. A l'ouverture de l'intestin, aucune trace de sténose. Sur la muqueuse, nombreuses ulcérations.

Examen microscopique : Colite folliculaire subaiguë. Hypertrophie des parois et infiltration leucocytaire.

OBSERVATION XXXI. — Baumel

(in *Journal des Praticiens*, n° 26, juin 1910).

(*Résumé*)

Garçon de dix mois, amené en chirurgie pour une tumeur abdominale, et transporté ensuite dans un service de médecine, pour paralysie infantile : celle-ci avait débuté brusquement et frappé les quatre membres. Ultérieurement les membres supérieurs sont redevenus presque normaux ; les autres, surtout le membre inférieur droit, sont restés flasques.

L'enfant a d'abord été élevé au sein, puis on a dû cesser l'allaitement maternel.

A l'union du tiers droit avec le reste du côlon transverse, on constate une induration assez marquée. Au toucher rectal, on sent une première résistance marginale; à la

partie antérieure de la soudure de l'S iliaque et du rectum, on perçoit un obstacle.

Outre la paralysie infantile, il y a chez ce sujet, existence d'un megacôlon.

OBSERVATION XXXII. — M. Haushalter

(in *Rev. Méd. de l'Est*, 1904, XXXVI, p. 275).

DILATATION DU COLON TRANSVERSE CHEZ UN ENFANT DE ONZE MOIS

Enfant de onze mois, élevé au sein.

Mort de tuberculose miliaire. Développement considérable de la région sus-ombilicale, quoique l'enfant n'ait pas été suralimenté.

Autopsie : Énorme dilatation du côlon transverse : 5 centimètres de diamètre. Côlons descendant et ascendant : 1 à 2 centimètres de diamètre.

Au niveau de la dilation, la paroi du côlon est très amincie : les bandelettes longitudinales ne sont pas apparentes macroscopiquement.

Côlon ascendant : flexions anormales.

Côlon descendant : quelques flexuosités.

A l'union du côlon ascendant et du côlon descendant avec le transverse, plicature assez brusque.

Foie vertical, s'étendant de la coupole diaphragmatique jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Côlon ascendant complètement enveloppé par le péritoine.

OBSERVATION XXXIII. — Schönstadt

(*Soc. de Méd. de Berlin.* Séance du 17 juillet 1907).

Enfant âgé d'un an, en traitement depuis neuf mois.

Ne rendit pas de méconium à la naissance ; eut, au bout de 6 jours, une selle, puis plusieurs autres. Mais, brusquement, constipation. Depuis, une selle toutes les deux ou trois semaines, avec matières fécales dures comme des pierres. Ballonnement abdominal. Diastase des muscles droits.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : 1° Amélioration par lavages intestinaux souvent répétés ;

2° Guérison par anastomose iléo-sigmoïdienne.

OBSERVATION XXXIV. — Berti (obs. I ; *in* Duval).

Enfant de treize mois, très constipé. Ventre distendu. Mort en peu de jours avec symptômes de pneumonie et de méningite.

Durant l'existence, troubles de la défécation : alternatives de diarrhée très fétide et de constipation intense.

Autopsie : Double pneumonie ; congestion méningée.

Intestin grêle météorisé. A partir de l'angle hépatique, le côlon se présente horizontalement jusqu'à la ligne médiane, puis il se dirige en arrière, franchit le rein gauche et descend dans la fosse iliaque. Là, le colon décrit une deuxième courbe, remonte et, sous la coupole diaphragmatique, serpente et redescend en se dilatant énormément. Il forme deux sacs séparés par un léger rétrécissement. Ce sac double remplit tout le bassin, a des parois excessivement épaissies et contient des fèces fétides.

A l'examen microscopique, muqueuse presque totalement dépourvue de son épithélium; tissu conjonctif infiltré de cellules lymphoïdes, et possédant des faisceaux bien développés.

Parois des vaisseaux épaissies, notamment l'adventice.

Couche musculaire transversale très épaissie ; couche longitudinale moins hypertrophiée.

Muscularis mucosae infiltrée de lencocytes.

Séreuse peu épaissie.

OBSERVATION XXXV. — Johannessen (*in* Gaujoux).

Enfant âgé de quatorze mois.

Paresse intestinale depuis la naissance. Reste parfois douze jours sans avoir de selle.

Volume de l'abdomen : 72 centimètres à l'ombilic. Le massage abdominal, l'application de l'électricité au niveau du gros intestin et l'atropine à l'intérieur amènent une rapide amélioration. La circonférence abdominale tombe à 60 centimètres.

OBSERVATION XXXVI. — Gourevitch

(*Prager med. Woch.* 1904, XXIX, 607-623).

Enfant âgé de quinze mois.

Symptômes : Constipation remontant à la naissance. Distension abdominale depuis cette époque. Légères douleurs abdominales. Tympanisme.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Colotomie ; colopexie, suivie de colostomie. Mort par péritonite.

Autopsie : Muqueuse rouge, ecchymotique. Hypertrophie des fibres musculaires du cœcum, du côlon et de la partie inférieure de l'iléon.

OBSERVATION XXXVII. — Genersich (*in* Duval).

Parents bien portants ; 5 enfants, 4 morts.

Enfant né normalement, ne tarde pas à vomir des mucosités verdâtres et n'a pas d'évacuations rectales.

Au deuxième jour de la vie, dilatation abdominale ; lavement sans effet. Le ventre durcit et grossit de plus en plus ; les veines sous-cutanées deviennent visibles. Lavement huileux, une selle au huitième jour.

La constipation dure quelquefois 14 jours.

Diagnostic porté : Gros ventre de rachitique.

Vomissements passagers ; le 3 mai, 20 selles diarrhéiques. Depuis janvier 1893, la mère trouvait les selles trop abondantes. En février, amené au service de chirurgie, l'enfant a un ventre énorme ; l'introduction d'une canule rectale favorise l'expulsion de très nombreux gaz et le déballonnement du ventre.

Rachitisme prolongé. Abdomen énorme : 63 centimètres en mai ; fièvre, vomissements, ballonnement exagéré.

Mort le 25 mai, à 15 mois.

Autopsie : Côlon ascendant, transverse et descendant colossalement dilatés, comme ceux d'un adulte. Côlon pelvien contracté par places.

Nombreuses ulcérations sur les segments ascendant et transverse. Péritoine sain. Hypertrophie totale des parois coliques, sans modifications pathologiques.

OBSERVATION XXXVIII. — Soltau-Fenwick (*in* Duval).

Garçon de dix-sept mois ; entre à l'hôpital pour distension abdominale et constipation, celle-ci remontant à la naissance.

Distension abdominale depuis l'âge de 9 mois ; vomissements de temps à autre.

Abdomen très distendu, globuleux. Pas de tumeur à la palpation ; à la percussion, tympanisme généralisé. Mouvements péristaltiques visibles. Dans le rectum, abondantes matières liquides. Mort.

Autopsie : Côlon transverse : circonférence = quatorze pouces et demi. Côlon pelvien : douze pouces un quart. Côlon descendant totalement adhérent en arrière. Côlon ascendant dilaté et adhérent à la région lombaire. Cœcum gros comme une petite orange. Intestin grêle presque totalement aplati. Muqueuse anale très congestionnée et superficiellement ulcérée.

Petits ulcères ronds sur la muqueuse colique. Appendice sain.

Muqueuse et sous-muqueuse : hypertrophie chronique.

Couches musculaires : grande hypertrophie.

OBSERVATION XXXIX. — Tordeus (*in* Duval).

Enfant de dix-sept mois, rachitique. Nourri au biberon, il souffre depuis sa naissance d'une opiniâtre constipation. Défécation tous les trois ou quatre jours et par lavements.

Au-dessus du pubis, tumeur dure, ronde mobile. Température normale, vomissements, agitation, cris ininterrompus, météorisme, douleurs. Fièvre et mort.

Autopsie : Côlon pelvien de volume trois fois supérieur à la normale (13 centimètres de diamètre), contient des

scybales très dures. Tout le segment supérieur du côlon est dilaté et rempli de gaz fétides. Muqueuse épaissie, très pigmentée.

OBSERVATION XL. — Johannessen (*in* Gaujoux).

Enfant âgé d'un an et demi. Le lendemain de sa naissance son abdomen s'élargit et se tendit.

Dilatation de l'anus. Amélioration. Pourtant constipation chronique, usage nécessaire et constant de laxatifs et de purgatifs. Mort.

Autopsie : Dilatation considérable du côlon. S iliaque plusieurs fois replié. Épaississement considérable de toute la paroi intestinale. A l'examen microscopique, couche musculaire considérablement épaissie.

OBSERVATION XLI. — Wilkie

(*Loc. cit.*).

Fillette de vingt-six mois.

Constipation chronique et gros ventre depuis la naissance.

A onze semaines, crise d'obstruction.

Lavements quotidiens.

Mort après une laparotomie exploratrice.

Autopsie : Côlon dilaté, surtout au niveau de l'S iliaque, rempli de matières, un peu d'épaississement des parois. Pas de sténose.

OBSERVATION XLII. — Concetti (obs. I ; *in* Duval).

Fillette de deux ans et demi. Distension abdominale et constipation opiniâtre depuis la naissance ; le deuxième jour, ventre ballonné ; le quatrième jour, après nombreux lavements, pour la plupart conservés, évacuation du méconium.

Fin de l'allaitement maternel au douzième mois après la naissance, et persistance du météorisme et de la constipation. Ventre énorme, donnant l'impression de l'ascite. L'intestin se vide seulement tous les cinq à six jours, parfois seulement au bout de quinze jours. Selles très fétides, avec scybales très dures.

Au bout de huit à dix jours de constipation, tristesse, agitation, maux de tête ; tout cela disparaît quand une selle se produit.

On voit se mouvoir les anses intestinales : l'une d'elles fait une telle saillie, qu'on peut la circonscrire à la main et la mesurer : 12-14 centimètres de tour, 22-25 centimètres de long. Pas d'arrêt, ni de sténose.

Traitement par strychnine et lavements.

Mort avec accentuation de la constipation et du ballonnement abdominal. Evacuation incontinente de diarrhée fétide.

Autopsie : Côlon ascendant et transversal trés dilatés et épaissis. Côlons descendant et pelvien beaucoup plus gros que les précédents, et épaissis. En un point du transverse, perforation ovale d'un centimètre de diamètre. Aucun rétrécissement, ni obstacle. Nombreuses ulcérations muqueuses. Pas de vaisseaux sanguins, infiltration leucocytaire importante.

Muscularis mucosæ très épaissie par des faisceaux et des éléments conjonctifs. La couche conjonctive est très mince. Pas de fibres longitudinales. La séreuse est amincie.

OBSERVATION XLIII. — Johannessen (*in* Gaujoux).

Enfant âgé de deux ans et demi, né avant terme. Serait né avec un gros ventre, mais non constipé.

Dans les premiers mois, poussées d'entérite, puis constipation.

A neuf mois, poussées de diarrhée, suivies de paresse intestinale.

Depuis, alternatives de diarrhée et de constipation. Hoquet continuel. Vomissements. Au toucher rectal, on trouve le rectum rempli de matières très dures.

OBSERVATION XLIV. — Hobbs et de Richemond. (*in* Duval).

Enfant âgé de deux ans et demi.

Distension considérable de l'abdomen qui a créé des difficultés, lors de l'accouchement. Après naissance, défécation difficile. Vomissements depuis trois mois. L'abdomen se distend progressivement, les purgatifs et lavements ont peu d'effet.

Abdomen énorme, tympanisme. La sonde rectale entre facilement de 25 centimètres et ramène des matières fécales à son extrémité.

Une ponction capillaire fait échapper trois litres de gaz. L'abdomen recommence à se distendre. Amaigrissement. Opération différée. L'enfant disparaît.

OBSERVATION XLV. — Langmead (obs. III)

Enfant de deux ans et demi. Crises répétées de tétanie avec tympanisme et selles fétides. Cachexie extrême. Mort par broncho-pneumonie.

A l'autopsie, côlon transverse considérablement dilaté.

OBSERVATION XLVI. — Griffiths (*in* Duval).

Enfant de deux ans et onze mois, *né en juin 1894.*

Toujours constipé ; purgatifs depuis sa naissance.

A cinq mois, distension abdominale et douleurs continues ; constipation d'une semaine, selles diarrhéiques, puis nouvelle distension. Cet état dure jusqu'en novembre 1896, sauf intervalle de deux mois où la défécation se fait spontanément. En novembre 1896, les purgatifs sont suspendus, pendant une semaine la défécation devient impossible, le ventre se ballonne au point que les parents craignent « qu'il crève ». L'introduction d'un tube rectal amène une évacuation ; cette manœuvre devient journalière.

A l'entrée à l'hôpital, abdomen très dilaté ; tympanisme généralisé. Circonférence à l'ombilic 63cm,5 ; au culmen, 69cm,8. Ombilic saillant, mouvements péristaltiques visibles ; sur le tronc, veines dilatées.

22 mai : L'enfant garde les lavements quelques heures et, finalement, un fort mouvement péristaltique les expulse. Le volume du ventre subsiste.

7 juin : Deux ou trois vomissements ; diarrhée verte, température 105°,2 F ; pouls 140 ; respiration 37.

11 juin : Même état ; colotomie inguinale, près du cœcum ; liquides et gaz s'échappent.

16 juin : Abondant écoulement ; mort.

Autopsie : Pas de stricture sur le gros intestin ; rétrécissement de l'iléon long de 25 centimètres au-dessus du cœcum. L'état du côlon n'est pas noté.

OBSERVATION XLVII. — Walther (*in* Gaujoux).

Malade de trois ans. Pas d'histoire clinique. Mort.

Autopsie : Longueur exceptionnelle du cœcum qui descend jusque dans la cavité du petit bassin, entre la vessie et le rectum. Grande laxité de ses ligaments. Développement exagéré de l'*S* iliaque (70 centimètres), qui est plusieurs fois recourbé.

Aucun détail sur les parois de l'intestin dilaté.

OBSERVATION XLVIII — Cheadle (*in* Duval).

Garçonnet de trois ans.

Dilatation de l'abdomen et constipation opiniâtre depuis l'âge de trois mois. Tous les purgatifs restent sans succès. Selles dures. Depuis deux ans, pas une selle sans lavement. Parfois le côlon retient deux ou trois lavements donnés le même jour.

Abdomen très distendu, surtout dans les régions côliques sous-costales.

Circonférence abdominale = 59 centimètres. Tympanisme.

Le traitement médical rétablit l'état normal. En deux mois, on obtient une selle quotidienne.

OBSERVATION XLIX. — Roth

(*Loc. Cit.*).

Enfant âgé de trois ans.

Symptômes : Constipation durant cinq à six semaines. Distension abdominale, tympanisme. Anse intestinale visible occupant les trois quarts du ventre. Cyanose.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Purgatifs. Lavements. Laparotomie exploratrice ; colectomie et entéro-anastomose empêchées par l'état de l'enfant. Mort subite.

Autopsie : Côlon transverse distendu. Énorme sac rempli de matières. Coudure en forme d'*S*.

OBSERVATION L. — Hughes (1886) [*in* Duval].

Enfant de trois ans, constipé depuis sa naissance.

Évacuation intestinale tous les dix-neuf jours. Distension abdominale progressive et généralisée. Mouvements péristaltiques visibles.

Mort au cours d'une deuxième colite aiguë.

Autopsie : Dilatation s'étendant à tout le gros intestin (au niveau du côlon pelvien, 9 à 10 centimètres de circonférence). Couche musculaire très hypertrophiée. Muqueuse ulcérée.

OBSERVATION LI. — Kohts.

Garçonnet âgé de trois ans, légèrement rachitique.

Circonférence abdominale = 62 centimètres.

Constipation et ballonnement abdominal depuis l'âge de cinq mois.

Grâce aux lavements donnés, une selle tous les quatre jours environ.

A l'entrée à l'hôpital, pas d'évacuation alvine depuis trois semaines. Un lavement d'huile est donné à l'enfant qui expulse une énorme quantité de matières fécales.

Trois semaines après son entrée, il succombe à une entérite fébrile. Le jour de la mort, la circonférence abdominale à la hauteur de l'ombilic = 43 centimètres.

Autopsie : Gros intestin distendu dans toute son étendue, mais principalement au niveau du côlon transverse et de l'*S* iliaque. Le premier mesure un diamètre de 6 centimètres, le second, un diamètre de $6^{cm},5$.

Cœcum et côlon ascendant moyennement hypertrophiés.

Hypertrophie considérable du reste de l'intestin jusqu'à l'anus.

Aucun obstacle à la circulation des matières fécales.

Muqueuse du côlon transverse enflammée, tuméfiée, présentant çà et là des stries nécrotiques.

Ulcérations nécrotiques sur la muqueuse du côlon descendant.

Muqueuse de l'*S* iliaque passablement anémiée.

OBSERVATION LII. — Schnitzler

(Soc. de méd. de Vienne, 14 juin 1907 ; *in Presse Méd.*, juillet 1907).

Enfant âgé de trois ans.

Symptôme : Depuis la naissance, constipation et ballonnement du ventre. Trois fois se sont manifestés des signes d'obstruction.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Colectomie et colostomie temporaire. Guérison.

Anatomie pathologique : Dilatation énorme de l'*S* iliaque, sans lésion anatomique capable d'expliquer cette dilatation.

OBSERVATION LIII. — Zöpffel

Garçon âgé de trois ans.

Au moment de son sevrage, à cinq mois, a présenté une constipation opiniâtre avec ballonnement du ventre. Traitement approprié (lavements huileux et massage abdominal) : amélioration passagère.

A l'âge de trois ans, diarrhée où l'examen bactériologique décela la présence du « bacille paratyphique B. » Pas de phénomènes de spasme sphinctérien.

Mort au milieu de symptômes de méningisme.

Autopsie : Dilatation et hypertrophie extraordinaires du côlon, de l'S iliaque et du rectum. Gros intestin = 90 centimètres du cœcum à l'anus ; longueur normale ; pas d'obstacle mécanique ; pas d'hypoplasie du tissu élastique. L'hypertrophie porte sur tous les éléments de la paroi.

OBSERVATION LIV. — Langmead (Observ. II)

Enfant de trois ans et deux mois. Entre à l'hôpital pour sa quatrième attaque de tétanie. Tableau clinique semblable à celui du cas n° I de Langmead. Amélioration passagère obtenue au moyen des lavages, mais, au bout d'un mois, diarrhée continuelle avec amaigrissement rapide.

Laparotomie. Résection du côlon pelvien sur une longueur de 30 centimètres. Mort au bout de douze jours.

Autopsie : Dilatation de tout le gros intestin

OBSERVATION LV. — Martin (*in* Duval)

Garçon de trois ans et demi : pas de selles jusqu'à cinq jours ; par la suite, toujours constipé (parfois onze jours de suite).

A un an, distension abdominale progressive, avec échappement de gaz.

Récemment, fortes douleurs. Selles dures ; plus tard semi-liquides. Deux fois, diarrhée passagère.

Grande distension abdominale : circonférence = 68 centimètres. Mouvements péristaltiques visibles. Tympanisme. Pas de sensibilité. Rectum normal. Laparotomie exploratrice : pas de sténose. Suture ; deuxième laparotomie au bout de quinze jours. Ponction intestinale au trocart. Mort en cinq jours.

Autopsie : Péritonite par perforation ; côlon pelvien très long et très distendu (38 centimètres ; de 5 à 8 centimètres de diamètre), contient des fèces solides, parois hypertrophiées, non ulcérées ; la dernière portion n'est pas dilatée. Le méso est épaissi. Rectum normal ; côlon descendant légèrement dilaté et hypertrophié.

OBSERVATION LVI. — Guinon et Reubsaët.

Georges S..., trois ans et demi, est amené à la consultation de l'Hôpital Bretonneau, souffrant de constipation chronique et ayant un ventre énorme. Né à terme, élevé au sein par sa mère, ne va à la selle depuis deux ans et demi, qu'à la suite de lavements.

Ventre très gros, distendu. Par exploration manuelle, onde péristaltique, surtout dans l'hémi-abdomen gauche ;

dans cette région, voûssure considérable, soulevant les fausses côtes.

A l'entrée à l'hôpital, huile de ricin : selles peu abondantes. Sonde rectale deux fois par jour ; au bout de deux jours, affaissement du ventre. On sent un peu de matières fécales accumulées dans le cœcum. Au toucher rectal, pas d'obstacle. A la suite d'une purgation huileuse et de l'introduction deux fois par jour d'une sonde rectale, le ventre reste affaissé durant deux jours, puis reprend son volume. Cet état subsiste depuis deux ans et demi.

Le 13 décembre, on donne en lavement un lait de bismuth de un litre, de manière a évacuer le côlon. Les deux tiers du lavement sont expulsés de suite. Six jours après, les matières sont encore imprégnées de noir. Plusieurs fois, le ventre a été exploré à l'écran radioscopique : une sonde de 75 centimètres de long, calibre 30 de la filière Charrière et pleine de lait de bismuth, pénètre facilement à une hauteur de 25 à 30 centimètres et presqu'en ligne droite. Les coudes du rectum et de la fin de l'anse sigmoïde ont donc disparu. Toutefois le trajet de la sonde a changé suivant les séances d'examen. A la première radiographie, la sonde se dirige à gauche vers l'estomac. Là, elle se recourbe assez brusquement, descend en croisant la colonne vertébrale, arrive dans le petit bassin et se noue sur elle-même. Cette radiographie montre la capacité considérable de l'intestin, qui permet le trajet en sens inverse d'une sonde de pareil calibre. La deuxième radiographie complète cette donnée : elle a été prise après injection de lait de bismuth par la sonde ; il est impossible de savoir quelles parties du gros intestin ont été pénétrées par l'injection ; il est probable que les portions voisines du cœcum n'ont pas été touchées ; malgré cela, tout l'abdomen est

devenu opaque, ce qui montre le développement énorme du côlon.

De plus, refoulement considérable du diaphragme, par suite de la distension intestinale.

OBSERVATION LVII. — Lévi

(Ann. Gynec. et Ped. Boston, 1904, XVII, 10).

Enfant âgé de quatre ans.

Symptômes : Constipation opiniâtre. Distension abdominale et diastase des muscles droits. Dilatation de l'estomac et du côlon transverse.

Dans la moitié gauche du ventre, tumeur qu'on peut mobiliser.

Pas de sténose.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Diète. Calomel. Noix vomique. Lavements. Massage. Electricité. Ceinture abdominale.

Guérison.

OBSERVATION LVIII. — Gee (obs. II, *in* Duval)

Garçonnet de quatre ans.

Grande distension depuis l'âge d'un mois. Habituelle constipation. Tympanisme, extrême distension. Dans le rectum, fèces dures en abondance.

Autopsie : Distension du côlon, principalement de la partie supérieure de l'anse pelvienne. Contraction du rectum et de la partie basse de l'anse pelvienne sur des concrétions dures. Au-dessus, des fèces semi-liquides. Pas de sténose.

OBSERVATION LIX. — Borélius

Garçon de quatre ans.

Distension et hypertrophie énormes du côlon sigmoïde, sans coudure ni obstacle mécanique quelconque. Large anastomose latérale, faite entre les bouts supérieur et inférieur de l'anse ectasiée.

Quatre semaines plus tard, accidents d'occlusion : résection de tout le côlon sigmoïde. Pendant deux ans, état satisfaisant, puis moins bon.

OBSERVATION LX. — Gee (obs. I, *in* Duval).

Garçonnet de quatre ans et demi.

Dès l'âge de trois mois, difficultés de la défécation et selles solides.

A douze mois, distension abdominale qui ne fera ensuite que progresser.

Grande dyspnée. Distension abdominale énorme au moment de l'examen. Anses intestinales visibles sous la paroi. Constipation qui ne cède qu'aux lavements. La sonde rectale permet l'évacuation de gaz et diminue le ballonnement.

L'enfant vit cinq semaines, puis présente de la diarrhée fétide avant sa mort.

Autopsie : Grande longueur et distension énorme du côlon pelvien : le diamètre maximum est de 10 centimètres. Parois hypertrophiées. Le côlon pelvien forme deux sacs en connexion avec l'intestin étroit. Rectum distendu.

OBSERVATION LXI. — Fredericus Ruysch (*in* Jayle).

Enormis intestini coli dilatatio

Puella quinque annos nata, jam a longo tempore conquerebatur de torminibus ventris. Qua dolores leniendi, flatus discutiendi vermesque necandi vim obtinent, aliquoties adhibebantur, at incassum omnia ; unde perseverantibus doloribus tandem ex hac vita migrabat. Aperto cadaverculo, prœter eam intestini coli partem, quœ rectum nominari incipit, vix ullum (mirum dictu) abdominis viscus conspicere potui, idque propter enormem extensionem in dicta intestini coli parte, sub quo cœtera latibabant viscera.

(En Français)

Enorme dilatation du côlon

Depuis longtemps déjà une fillette, âgée de cinq ans, se plaignait de vives douleurs abdominales. Pour les calmer, diminuer le ballonnement et tuer les vers, on avait en vain usé de tous les moyens. Les douleurs persistèrent, et l'enfant finit par succomber.

A l'autopsie, je ne pus voir (fait extraordinaire) aucun viscère au-dessus de cette partie du côlon, qui commence à prendre le nom de rectum et cela à cause de l'énorme dilatation du côlon qui cachait tous les autres organes.

OBSERVATION LXII. — Hawkins

(*Loc. Cit.*).

Enfant âgé de cinq ans

Symptômes : Distension intermittente, s'accompagnant de vomissements. Selles normales. Pouls à 128. Extrême faiblesse.

Diagnostic : Obstruction intestinale.

Traitement : Laparotomie exploratrice, amélioration. Enfant perdu de vue.

Anatomie pathologique : (Laparotomie) : Côlons ascendant et pelvien dilatés.

OBSERVATION LXIII. — F. Hue

(*Normandie Médicale* du 1er mai 1907).

Enfant âgé de cinq ans, présentant à son entrée à l'hôpital des signes d'occlusion intestinale.

Antécédents : Né avant terme, à sept mois. Constipé depuis sa naissance (purgatif ou lavement tous les quatre jours).

Symptômes : Ballonnement du ventre en forme de barrique : l'abdomen semble prêt à éclater. Amaigrissement. Vomissements, dont un fécaloïde. Arrêt des matières et des gaz. Cyanose. Respiration anxieuse. Pouls incomptable. Température 36°. Extrémités froides. Vives douleurs abdominales depuis quinze jours.

Diagnostic : Invagination chronique.

Traitement : 1° Lavements : efficaces ;

2° Laparotomie exploratrice et évacuation digitale du rectum par l'anus. On retire trois bassins de matières fécales. Après une légère amélioration, issue fatale au bout de neuf jours.

Anatomie pathologique ; 1° (Laparotomie) : Dilatation énorme de l'anse sigmoïde et du rectum. Pas de sténose ;

2° A l'autopsie, dilatation de l'estomac, du duodénum et des premiers centimètres de l'intestin grêle. Parois hypertrophiées : 2 à 3 millimètres.

OBSERVATION LXIV. — Hartmann.

Fillette de cinq ans, née avec six doigts (un pouce surnuméraire). A toujours souffert de l'intestin. Expulsion difficile du méconium. Depuis, jamais de selle spontanée : la malade a toujours usé de lavements. Pendant les deux premières années, mauvais état général. Depuis, s'est assez bien développée.

A trois ans, constipation opiniâtre, ballonnement ; six mois plus tard constatation, près de l'ombilic, d'une masse indurée qui fit penser à une plaque de péritonite tuberculeuse, mais qui diminua et changea d'aspect. Lavements péniblement évacués. Un jour, douleurs violentes suivies d'une énorme évacuation. Amélioration consécutive, puis nouveaux accidents. Ondes péristaltiques visibles. Ampoule rectale vide. Un an plus tard, iléo-sigmoïdostomie, montrant qu'il s'agit d'un mégacôlon typique.

OBSERVATION LXV. — Wilkie

(*Loc. Cit.*).

Garçon de cinq ans et demi.

Constipation depuis la naissance, gonflement du ventre quelques semaines après.

Plus tard, plusieurs crises d'obstruction.

Laparotomie exploratrice découvrant un côlon énorme qu'on incise et qu'on vide.

OBSERVATION LXVI. — Trèves (*in* Duval).

Fillette de cinq ans et neuf mois, frêle, pâle et émaciée, forte constipation avec obstruction intestinale fréquente. Abdomen distendu comme un ballon ; tympanisme généralisé. Sous la paroi tendue, on devine le côlon qui est énorme. Mouvements péristaltiques visibles. L'intestin ne se vide que par lavements. Grandes douleurs abdominales.

Depuis sa naissance (mars 1891) fréquentes crises d'obstruction (constipation absolue, vomissements, ballonnement abdominal).

Entrée à l'hôpital en janvier 1899 ; laparotomie médiane le 13 de ce mois : on voit une anse énorme du côlon ressemblant à un « estomac d'adulte ». Petite incision : issue des gaz ; parois de la poche lisses ; on introduit une canule par l'anus, ferme la colotomie et fait une colopexie. Bientôt la canule se bouche, on la retire au bout de sept jours et pratique un anus artificiel.

Pendant neuf mois, l'anus fonctionne bien, distension disparue.

Le 29 octobre, colectomie totale ; guérison rapide et complète.

Dans ce cas, il y avait certainement rapport entre la dilatation colique et le rétrécissement congénital constaté.

Pas d'altération de la muqueuse.

OBSERVATION LXVII. — Kohts.

Garçon de six ans.

Premiers symptômes à l'âge de un an.

Grande tuméfaction de l'abdomen : le malade peut à peine s'asseoir dans son lit, quand il est couché. A l'hôpital, la diète et des lavements régularisent les selles.

Repris par sa famille et mal soigné par elle, l'enfant a des coliques très violentes et ne tarde pas à mourir.

L'autopsie n'a pas été faite.

Diagnostic (probable) : Dilatation avec hypertrophie congénitale de l'S iliaque. Mort par péritonite avec perforation.

OBSERVATION LXVIII. — Bessel-Hagen.

Garçonnet de six ans.

Constipé depuis la naissance. Radiographie à la sonde de Kuhn. Dilatation de l'anse ômega. Laparotomie. Anse ômega remplissant aux trois quarts l'abdomen, parois très hypertrophiées, disposition spéciale de l'anse en volvulus. Résection de l'anse malade, après extériorisation. Dans un troisième temps, fermeture de l'anus. Guérison sans complications.

OBSERVATION LXIX. — Kien.

(Strassburger Méd. Zeitung, 1904, I., 128*)*.

Enfant de six ans, amené pour ballonnement abdominal et constipation.

Symptômes : Depuis la naissance distension abdominale et constipation. Dans la fosse iliaque droite, volumineuse tumeur qu'on fait disparaître par le massage, mais momentanément seulement. Dans le rectum, masse dure présentant le « volume d'une tête fœtale ». Grande maigreur.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Division, sous chloroforme, du stercorome. Lavements. Purgatifs.

Guérison momentanée.

Quatre mois après, nouvelle constipation. L'enfant va à l'école, mais un jour, en en sortant vers midi, il est pris de vives douleurs abdominales et le soir il meurt subitement.

L'autopsie ne fut pas faite.

OBSERVATION LXX. — Langmead (Obs. I).

Garçonnet de six ans.

A eu, en dix-huit mois, cinq crises de tétanie. Chacune s'accompagnait de tympanisme abdominal et de rejet de matières fécales ayant l'apparence d'une bouillie. L'examen du ventre révélait une énorme dilatation du gros intestin, à gauche. Amélioration par des lavages du côlon. La dernière crise coïncida avec une diphtérie grave.

Mort.

Autopsie : Côlon pelvien très dilaté remplissant presque toute la moitié gauche de l'abdomen. Deux calculs d'acide urique dans le rein droit.

OBSERVATION LXXI. — Wilkie.

(Loc. cit.)

Garçon de six ans constipé depuis la naissance. Ventre distendu depuis douze mois. Laparotomie : côlon pelvien énorme ; rien dans les autres parties du gros intestin.

Ponction qui donne beaucoup de gaz : amélioration.

OBSERVATION LXXII. — Hawkins.

(Loc. cit.)

Enfant âgé de sept ans entré à l'hôpital pour fracture de côtes.

Symptômes : Distension abdominale et constipation. Tumeur dans la partie inférieure gauche de l'abdomen. Les organes thoraciques sont repoussés.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Entéro-anastomose.

Anatomie pathologique (laparotomie) : côlon très distendu, surtout dans sa portion pelvienne.

OBSERVATION LXXIII. — Friedheim.

(Deutsch. med. Woch., 1904, XXX, 4, 1385).

Enfant âgé de sept ans, entré à l'hôpital pour iléus, avec anasarque.

Symptômes. Constipation, depuis la naissance. A trois ans, distension abdominale et signes d'iléus. Actuellement, nouvelle crise, avec œdème généralisé. Oligurie.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Colopexie, suivie de guérison.

OBSERVATION LXXIV. — Bristowe (obs. III de son mémoire, *in* Duval).

Constipation. Enorme accumulation de matières fécales dans le gros intestin. Hypertrophie et dilatation du côlon. Ulcérations muqueuses. Mort.

Autopsie.

E. M..., fille de huit ans, admise le 15 mars 1855 à Saint-

Thomas-Hospital, n'a pas eu d'évacuation alvine depuis cinquante jours.

A toujours été constipée ; parfois aucune selle pendant trois semaines.

Pâle, émaciée.

Abdomen très développé, surtout dans sa partie supérieure.

Pas de douleur, ni de sensibilité, ni de tumeur évidente.

Diagnostic supposé : Tuberculose péritonéale.

L'enfant vit trois semaines, puis l'abdomen augmente comme distension et comme dureté. Vomissements. N'émet pas de matières, si ce n'est parfois un peu de liquide verdâtre.

Mort le 5 juin.

Autopsie : Abdomen énorme. On voit nettement les anses intestinales sous la paroi.

A l'ouverture de l'abdomen, côlons pelvien, descendant et transverse énormément distendus (diamètre de 3 pouces à 3 pouces 1/2) et occupant presque toute la cavité abdominale. Cœcum et côlon ascendant distendus, mais beaucoup moins.

Péritoine normal, sauf quelques points d'opacité à sa surface, où la consistance est pâteuse.

Appendices épiploïques petits et rouges.

Intestin grêle distendu, mais bien moins que les côlons.

Fèces verdâtres semi-liquides et d'odeur infecte, dans le gros intestin.

Les fèces sont plus dures dans le rectum, où elles forment une tumeur conique. La dilatation occupe la partie supérieure du rectum et cesse brusquement à deux travers de doigt au-dessus de l'anus.

Pas de rétrécissement, en aucun point.

La paroi intestinale, surtout la couche musculaire, est

hypertrophiée. L'hypertrophie musculaire commence au côlon ascendant et augmente jusqu'au côlon pelvien, où le maximum d'épaisseur est de 1/8 de pouce.

Muqueuse saine, sauf quelques régions épaissies et un peu congestionnées. Une demi-douzaine d'ulcérations simples.

Ganglions mésentériques sains.

OBSERVATION LXXV. — Concetti (obs. II).

Garçon de huit ans, amené à la clinique C. Julio le 6 avril 1899. N'est plus allé à la selle depuis un mois.

La première évacuation de méconium ne se fit que le cinquième jour. Le ventre s'était progressivement dilaté et l'anus ne donnait issue qu'à des gaz fétides. La constipation persiste : une selle tous les deux jours, dure, vert clair ou blanche. Le quatrième mois, la mère n'a plus de lait. L'enfant reçoit une nourrice qui, plus tard, fut soupçonnée de syphilis : elle dit que l'enfant avait un gros ventre et que la défécation n'était due qu'à des lavements répétés.

A l'âge de deux ans, la constipation persiste par lavements : selles tous les quatre à cinq jours, parfois tous les huit jours ; par l'anus s'échappaient « des gaz qui empestaient toute la maison ». A deux ans, l'enfant marche. A quatre ans, œdème des jambes et des bras, obstruction intestinale. De l'huile et l'exploration digitale font évacuer une grosse masse de fèces dures, très odorantes. Amélioration : selles tous les deux à trois jours.

A six ans, la constipation s'aggrave à nouveau, et l'enfant arrive à la clinique C. Julio, n'ayant pas eu de selle depuis un mois. Nutrition générale très compromise.

Poitrine rétrécie : 43 centimètres.

Ventre énorme : circonférence à l'ombilic = 69cm.

— : » à 10cm au-dessus = 75cm.

Mouvements péristaltiques visibles ; à la palpation on sent la partie ascendante du côlon remplie de matières fécales ; on suit l'angle colique droit sous les côtes ; ce segment, saisi avec la main, a 8 centimètres de diamètre ; polyadénite inguinale.

Douleurs abdominales très vives, vomissements de bile ; le 11 avril, une selle d'un litre.

En trois jours, l'enfant rend 10 kilogr. 1/2 de matières fécales, dures, couleur chocolat, avec des parties molles, épaisses et d'odeur fétide.

Le 13 avril, le ventre a diminué : 66 centimètres.

OBSERVATION LXXVI. — Langmead (obs. IV).

Fillette de huit ans, admise à l'hôpital pour accès de tétanie dans les mains et les pieds, avec dyspnée et cornage. Signe de Trousseau. Signes manifestes de dilatation au niveau du côlon et de l'*S* iliaque. Indicanurie.

Lavages quotidiens de l'intestin, huile de ricin salolée, régime lacté : résultat nul. On pensa chez cette enfant, à une insuffisance fonctionnelle du corps thyroïde (étant données ses dents petites et mal développées, et sa chevelure peu abondante). Mais l'opothérapie thyroïdienne amena une diarrhée fétide avec augmentation de la tétanie et du laryngospasme.

Alors, traitement par le bismuth, l'opium ; lavages intestinaux. Massage, quotidien et pendant dix minutes, du gros intestin.

Amendement graduel de la tétanie, puis disparition

pendant six mois. Récidive pendant quelques jours. Depuis, l'enfant est demeurée indemne de nouvelles attaques de tétanie.

OBSERVATION LXXVII. — Demons.

Garçon de huit ans, habituellement constipé.

Distension du ventre venue petit à petit. Dans l'abdomen, tumeur dure, énorme, bosselée, légèrement mobile à droite et à gauche. Cette tumeur conserve l'empreinte des doigts. Zones de matité et de sonorité. On rencontre les matières, en pratiquant le toucher rectal.

Diagnostic : Stercorome.

Traitement : Disparition par fragmentation et lavages intestinaux.

OBSERVATION LXXVIII. — Skelding.

A. S..., neuf ans, entre à l'hôpital pour constipation opiniâtre et distension abdominale.

Abdomen dur, très distendu, très proéminent (26 pouces à l'ombilic). Tympanisme, mouvements péristaltiques visibles. Au toucher rectal, rien d'anormal. Le malade quitte l'hôpital.

Il y rentre le 20 juin 1907. Dix jours de traitement sans résultat, puis laparotomie: le côlon transverse très dilaté s'extériorise et sa réduction est difficile. L'intestin grêle, le cœcum et le côlon ascendant sont flasques et rétrécis.

Au niveau de l'angle droit, rétrécissement au-dessus duquel le côlon transverse est très dilaté et rempli de gaz. A l'angle gauche, la dilatation prend fin ; les côlons descendant et sigmoïde sont aplatis et ne contiennent ni matières ni gaz. Syncope au cours de l'opération. On se

contente d'évacuer le contenu du côlon transverse. Le malade quitte l'hôpital guéri. L'abdomen mesure 22 pouces.

Depuis l'opération, l'enfant se porte bien.

OBSERVATION LXXIX. — Bertelsmann (1er cas).

Garçon de 9 ans, chez lequel le foie atteignait l'ombilic, l'estomac descendait à mi-hauteur de la ligne pubo-ombilicale et le côlon transverse affleurait la symphise pubienne.

Un éperon semblait exister entre les côlons transverse et descendant. On fixa le foie au diaphragme et au rebord costal et on raccourcit les ligaments gastro-hépatique et gastro-colique. Suture du côlon transverse à l'angle supérieur de la plaie. La guérison dure depuis plus d'un an ; plus de constipation.

OBSERVATION LXXX. — Hirschsprung
(Obs. VI, *in* Duval).

Garçon de dix ans.

Toujours constipé et météorisé depuis sa naissance. Abdomen dilaté : 67-72 centimètres de circonférence, rendant un son tympanique. Pas de douleurs. Anses intestinales parfois visibles sous la paroi.

Constipation absolue, parfois pendant huit jours. Après un lavement, il s'écoule une quantité de matières remplissant trois vases de nuit.

Rectum constamment plein de fèces.

Un frère de l'enfant souffre aussi de douleurs abdominales et de troubles de la défécation.

L'enfant sort de la clinique et on le perd de vue.

OBSERVATION LXXXI. — Hirschsprung (Obs. IV ; *in* Duval)

Garçon de dix ans.

Constipé depuis l'enfance ; abdomen distendu.

Quelquefois douleurs abdominales, cessant par l'évacuation de gaz et de fèces. Vomissements exceptionnels.

Abdomen énormément distendu. Tympanisme généralisé, fèces dans le rectum ; pas de selles depuis huit jours.

Des lavements provoquent la défécation et diminuent la distension ; 63 centimètres de circonférence. Par périodes, l'enfant a des selles spontanées, non solides. Six mois plus tard, bon état général. Les lavements restent nécessaires.

OBSERVATION LXXXII. — Osler (Obs. I ; *in* Duval).

Jeune nègre de dix ans, observé à « Johns Hopkin's Hospital ». Très amaigri, 22 kilogrammes ; circonférence abdominale : 63 centimètres. Distension progressive portant ce chiffre à 69, puis 74, puis 80 centimètres. Ventre très distendu ; pas de douleurs ; tympanisme. Constipation des plus opiniâtres.

Fortes douleurs, diarrhée, vomissements ; après, le tympanisme et la constipation habituelle retrocèdent légèrement.

Laparotomie et établissement d'un anus contre nature.

Gros intestin énormément dilaté, surtout au niveau du côlon pelvien, dont la circonférence est de 45 centimètres.

Au neuvième jour, l'enfant se lève ; appetit et nutrition meilleurs. Disparition du tympanisme. Les fèces sortent par l'anus contre nature. Le chirurgien avait le projet de faire secondairement la colectomie.

OBSERVATION LXXXIII. — Hadden (*in* Duval).

Garçon de onze ans.

Jusqu'à trois mois, l'intestin fonctionne bien ; à trois mois, apparition des symptômes : douleurs, vomissements, constipation, distension abdominale. Abdomen très distendu. Mouvements péristaltiques visibles. Traité depuis trois semaines, lorsqu'une selle est obtenue. Mort par cachexie.

Autopsie : Distension des 61 derniers centimètres de l'intestin grêle et du côlon au-dessus de l'anse sigmoïde.

Pas d'ulcérations muqueuses, pas de sténose.

OBSERVATION LXXXIV. — Walker et Griffiths (*in* Duval).

Petit garçon, mort à onze ans.

A la naissance, rien d'anormal. A trois mois, distension considérable de l'abdomen, traitée sans succès par des purgatifs.

Trois ans plus tard, distension considérablement accrue. Tympanisme généralisé. Mort.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, énorme anse intestinale ; c'est le côlon transverse et descendant, mesurant une circonférence de 23 pouces. Dans la partie inférieure du côlon, amas considérable de fèces molles. Péritoine excessivement épais. Appendice iléo-cœcal long de 5 pouces et deux fois plus volumineux que normalement

Au microscope, la muqueuse de la portion distendue et hypertrophiée du côlon est très épaissie. Les tuniques musculaires longitudinale et circulaire sont également plus épaisses qu'à l'habitude.

OBSERVATION LXXXV. — Rolleston et Haward (*in* Duval)

Garçon de douze ans, ayant de la distension abdominale depuis l'âge de deux mois. Selles irrégulières, au bout de quelques jours ou d'une semaine. Abdomen distendu. Vomissements ayant débuté à l'âge de dix ans.

Abdomen énorme, tympanisme, mouvement péristaltiques visibles. Constipation opiniâtre, avec débâcles diarrhéiques par moment. Parfois fèces dures dans le rectum.

Observé trois mois, mort en crise d'obstruction.

Autopsie : Côlons descendant et pelvien très dilatés. Le reste du côlon et le rectum le sont moins. Pas de sténose. Parois coliques hypertrophiées. Ulcérations muqueuses.

OBSERVATION LXXXVI. — Neugebauer.

(Loc. cit.)

Malade âgé de douze ans.

Symptômes : Ventre très distendu. Constipation depuis la naissance. Crises douloureuses depuis un an.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Entéro-anastomose, suivie de guérison.

Anatomie pathologique : Volume de l'anse sigmoïde égal à celui d'une cuisse d'adulte. Epaississement de la séreuse. Hypertrophie des parois. Distension du côlon transverse. Le côlon descendant présente de l'allongement, mais il n'est point dilaté.

OBSERVATION LXXXVII. — Hawkins.

(Loc. cit.)

Malade âgé de douze ans.

Symptômes : Depuis sa naissance, a eu des alternatives de diarrhée et de constipation. Distension abdominale. Mouvements péristaltiques.

Diagnostic : Mégacolon.

Traitement : Colotomie.

Mort.

Autopsie : Anse sigmoïde, côlons descendant et transverse distendus et fortement hypertrophiés.

OBSERVATION LXXXVIII. — Fletcher et Robinson.

(Brit. Med. Journ. 1907 ; p. 370).

Malade âgé de douze ans.

Symptômes : Constipation et distension abdominale remontant à la naissance. Douleurs à la défécation. Mouvements péristaltiques.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitements : Lavements inefficaces.

Laparotomie exploratrice puis traitement médical.

Mort par obstruction.

Autopsie : Côlon pelvien très dilaté formant tumeur.

Côlons descendant et transverse dilatés.

Pas de sténose.

OBSERVATION LXXXIX. — Mulberger.

(Zeitschr. f. Klin med. 1905. LVII. p. 374).

Enfant âgé de treize ans. Entre à l'hôpital pour tumeur abdominale.

Symptômes : Constipation datant de la naissance. Distension abdominale. Tumeur dans le ventre, mate à la percussion. Le foie est repoussé en haut. Dans les urines, il y a de l'indican.

Sorti guéri de l'hôpital, l'enfant y rentre trois semaines après, présentant de la constipation et des vomissements. Le pouls est alors à 120. Fièvre. Ictère. Mort de côlite ulcéreuse.

Diagnostic : Stercorome par mégacôlon.

Traitement : Médical, suivi d'amélioration pendant trois semaines.

Autopsie : Côlon dilaté recouvrant l'intestin grêle. Coudure. Musculaire hypertrophiée. Muqueuse rugueuse, rougeâtre et grisâtre par places. L'appendice participe au processus.

OBSERVATION XC. — D'Espine et Picot (*in* Gaujoux).

Enfant de treize ans, constipé depuis environ huit mois. Ballonnement progressif, amaigrissement très marqué. Constipation absolue et tympanisme considérable.

Tumeur appréciable dans la fosse iliaque gauche et présence d'un bourrelet dans le rectum, ce qui fit diagnostiquer une invagination du gros intestin.

Entérotomie. Mort au dixième jour.

Autopsie : L'obstacle au cours des fèces siégeait dans le rectum à 10 centimètres environ de l'anus et il était dû à un rétrécissement fibreux annulaire des parois intestinales.

OBSERVATION XCI. — Ito et Soyesima.

Garçon de quatorze ans.

Depuis la naissance, incontinence fécale, nocturne surtout. Abdomen très gros ; dans sa moitié gauche, tumeur pâteuse, de la grosseur du poing.

Par l'anus, du reste bien fermé, on atteignait la partie supérieure du rectum dilaté et rempli de matières fécales molles.

Après des injections rectales sans résultat, on évacua l'intestin par la pression bimanuelle. Six jours après, la tumeur était reparue et on intervint. Le ventre ouvert, on vit que le côlon transverse, le côlon ascendant et l'intestin grêle ne présentaient pas de dilatation. Le côlon descendant depuis l'angle gauche jusqu'au rectum était dilaté et un peu épaissi ; l'S iliaque, exprimé la veille, mesurait encore 11 centimètres. On anastomosa largement la partie terminale de l'iléon à l'origine du rectum, et au-dessus, sur une hauteur de 20 centimètres, le côlon trop large, fut plissé en long, de manière à en réduire le calibre de moitié.

L'opération eut des suites simples, mais négatives. Aussi nouvelle intervention : section de l'iléon entre la zone anastomosée et le cœcum ; les bouts furent fermés séparément et abandonnés dans le ventre. La tumeur ne se remontra plus, le ventre se réduisit, les selles redevinrent normales.

La guérison s'est bien maintenue.

OBSERVATION XCII. — Fitz (Obs. I, *in* Duval).

Fille de quatorze ans, soignée en 1894 à l'hôpital des Massachusetts, pour gonflement de l'abdomen. A été

constipée toute sa vie ; le développement de l'abdomen commença à deux ans et progressa sans discontinuer.

Trois ans avant l'entrée à l'hôpital, douleurs intermittentes, mais très vives, dans le flanc gauche ; ponction de l'abdomen, sans succès.

Enfant forte, bien développée.

Abdomen très dilaté (circonférence : 31 pouces). Tympanisme partout, sauf dans la fosse iliaque droite ; matité diffuse. Surface du ventre irrégulière par places et ridée par le péristaltisme de l'intestin sous-jacent. A la palpation, abdomen souple et indolore.

Selles normales, grâce à des purgatifs, mais ne diminuant pas le volume du ventre.

Quatre semaines d'hôpital ne donnèrent aucune amélioration.

OBSERVATION XCIII. — Futterer et Middeldorpf (*in* Duval).

Enfant de quatorze ans, venu au monde avec un ventre trop gros, qui augmente, mais ne gêne l'enfant qu'à l'âge de treize ans. Dyspnée dès qu'il courait. Trois selles normales par jour.

Ventre très dilaté. Cage thoracique évasée.

Poumons très remontés.

Pointe du cœur au troisième espace intercostal ; claquement mitral.

Tympanisme abdominal généralisé ; à la palpation, aucune tumeur ; sensation de flot très précise.

Lavements, sonde rectale ; évacuations très abondantes. Le ventre diminue.

Incision exploratrice médiane ; une sonde est entrée dans le rectum. On la sent à 3 centimètres sous l'ombilic ; en ouvrant le péritoine, on tombe sur des veines énormes qui semblent siéger dans la paroi d'un kyste. Fermeture de l'abdomen par crainte d'hémorrhagie.

Mort cinq jours après l'intervention.

Autopsie : Sac énorme contenant des gaz et 8 litres de fèces liquides, formé par le côlon pelvien distendu (66 centimètres de circonférence). La distance qui sépare le côlon descendant du rectum égale 47 centimètres; 16 litres d'eau sont nécessaires pour remplir le sac.

Muqueuse saine. Musculature très hypertrophiée (5 millimètres d'épaisseur).

A l'examen histologique, *muscularis mucosæ* très hypertrophiée et atteignant moitié de l'épaisseur totale.

Sous-muqueuse lâche, musculaire très hypertrophiée. Séreuse épaissie.

OBSERVATION XCIV. — Dubourg.

Garçon âgé de quinze ans, entré à l'hôpital pour tumeur de l'abdomen.

Il y a un an et demi, diarrhée intense ayant duré huit jours et suivie d'une opiniâtre constipation qui n'a pas rétrocédé. Au bout de quelques jours, au niveau de l'ombilic, tumeur ronde, indolente et dure, grosse comme un œuf de poule. La tumeur a augmenté lentement. L'état général est bon.

Diagnostic : Tumeur bénigne du mésentère.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Portion d'intestin très distendue : côlon sigmoïde. Musculeuse très hypertrophiée. Incision de l'intestin. Extirpation de la tu-

meur (poids : 720 grammes). Coloration verte, très foncée, odeur des matières fécales normales. Consistance dure au centre ; molle, argileuse, à la périphérie.

OBSERVATION XCV. — Perthes.

Archiv. für Klin. Chir. 1905, LXXVII, I, 42).

Malade âgé de quinze ans, entrant à l'hôpital pour constipation.

Symptômes : Constipation et distension datant de la naissance, mais très améliorées par les lavements. Déformation des parois thoraciques. Organes thoraciques repoussés. Pointe du cœur battant dans le troisième espace intercostal. Diaphragme remonté. Anse sigmoïde visible : on suit sa direction dans la région lombaire gauche, puis vers l'ombilic et dans le petit bassin. Douleurs abdominales.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Cinq interventions chirurgicales.

OBSERVATION XCVI. — Perthes

(*Loc. cit.*)

Malade âgé de quinze ans.

Symptômes : Constipation depuis la naissance. Est resté depuis six semaines sans selle. Distension abdominale. Douleurs dans l'articulation de l'épaule gauche. Organes thoraciques refoulés. Pouls à 42. Tumeur accessible par le toucher rectal. Pli muqueux accessible. Mort par obstruction.

Diagnostic : Mégacôlon.
Traitement : Lavements.
Autopsie : Côlon pelvien seul très hypertrophié.

OBSERVATION XCVII. — Perthes

Garçon de quinze ans.

Première évacuation de méconium le dix-septième jour après la naissance. Depuis, et toujours, constipation douloureuse. Contractions péristaltiques très exagérées sur le côlon sigmoïde. L'eau injectée par l'anus, avec sonde rectale, entre bien, mais sort difficilement ; aussi pense-t-on à une occlusion mécanique valvulaire au-dessous du côlon sigmoïde ; on crée un anus artificiel sur le côlon descendant. De l'eau injectée par le rectum sort facilement par l'anus artificiel, mais si on opère en sens inverse, il ne sort pas une goutte.

Résection du segment coudé ; fin des accidents. Cette résection paraît indiquée lorsque la colopexie est reconnue insuffiante.

OBSERVATION XCVIII. — M. Morestin

(in Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris,
T. XXXVI, n° 10, mars 1910).

Dilatation idiopathique du colon et du rectum.

« Frédéric V..., apprenti verrier, âgé de quinze ans, a toujours souffert d'une constipation tenace qui a fait jusqu'ici le malheur de son existence. Il a toujours eu les plus grandes peines à aller à la selle, restant parfois des semaines entières sans pouvoir évacuer son intestin,

obligé d'avoir sans cesse recours aux lavements ou aux purgatifs. En dépit de cette sorte d'infirmité, il est assez bien développé, de petite taille il est vrai, mais vigoureux et de bonne mine.

Au mois d'août 1909, survint une très alarmante crise d'obstruction intestinale, pour laquelle il fut admis dans mon service à l'hôpital Tenon. Notre collègue Veau, chirurgien de garde, fut appelé d'urgence auprès de lui. Le toucher rectal lui ayant révélé la présence, non loin de l'anus, d'un stercorome considérable, M. Veau put mettre un terme aux accidents en fractionnant cette masse fécale et en donnant issue à une prodigieuse quantité de matières.

Le péril une fois écarté, les parents s'opposèrent à toute intervention curative et reprirent l'enfant. Bien entendu, les fonctions du gros intestin restèrent tout aussi défectueuses que par le passé.

Le 22 janvier de cette année, Frédéric V... fut de nouveau conduit dans mon service. Il était fort malade. Depuis douze jours, il n'y avait pas eu de selles et, depuis la veille, le malade avait eu plusieurs vomissements. Le ventre était énormément ballonné et on voyait, sous la paroi, se dessiner les anses intestinales très distendues, dont on pouvait suivre les ondulations péristaltiques. A chaque instant, survenaient de violentes coliques qui arrachaient au pauvre garçon des cris et des larmes.

La distension de l'abdomen n'était pas uniforme ; le côté gauche du ventre était beaucoup plus proéminent ; Il était facile de reconnaître au palper l'existence d'une sorte de gros cylindre allant depuis le rebord des fausses côtes jusqu'à l'arcade crurale et, au bassin et dans le sens transversal, depuis la ligne médiane jusqu'à la région lombaire, occupant, en un mot, toute la moitié gauche du ventre. Cette masse était ferme et mate à la

partie inférieure, résistante et sonore dans sa portion sus-ombilicale.

Le doigt, introduit dans le rectum, rencontrait à sept centimètres de l'anus un bloc dur, dont l'extrémité était arrondie et mousse, et qui allait s'élargissant de bas en haut.

J'endormis le malade, plaçai dans l'anus une valve pour le maintenir béant et, à l'aide d'une cuiller, procédai au morcellement de la masse stercorale qui, à une faible distance au-dessous de son pôle inférieur, devait avoir au moins 10 centimètres de diamètre.

Peu à peu, le bloc dur se laissa fragmenter, puis la cuiller ramena une pâte fécale de plus en plus molle ; enfin, survint un écoulement torrentiel de matières fétides, le tout d'une coloration gris noirâtre uniforme. Tant solides que liquides, on pouvait évaluer à cinq ou six litres la valeur des matières expulsées dans cette séance, et encore l'évacuation était-elle incomplète. Elle s'acheva spontanément par des selles répétées dans le courant de la journée.

Quelques jours après, je procédai à l'examen du rectum en m'aidant de longues valves. Cet examen me confirma seulement l'élargissement considérable du boyau, sans révéler aucune lésion appréciable de la muqueuse. Des purgatifs répétés et des irrigations recto-coliques abondantes assurèrent provisoirement le régime des selles.

La famille du jeune homme se laissa enfin persuader de l'utilité d'une intervention destinée à améliorer d'une façon durable le fonctionnement de l'intestin.

Le 25 février, je pratiquai la laparotomie médiane sous-ombilicale et vérifiai tout d'abord ce que l'examen clinique avait permis de soupçonner. Le gros intestin, sain et normal jusqu'à l'angle sphlénique du côlon, présentait,

à partir de ce point des proportions monstrueuses, et cette dilatation s'étendait jusqu'au fond du bassin, presque à la terminaison du rectum. On ne pouvait plus établir aucune distinction en côlon descendant, *S* iliaque et rectum. Il n'y avait plus qu'un énorme renflement, une poche fusiforme, où rien ne persistait des anciennes démarcations. Toute la portion dilatée était de couleur blanchâtre ou blanc grisâtre ; on n'apercevait ni bosselures, ni bandelettes longitudinales. Au toucher, la paroi était épaisse, rigide, un peu comme du carton.

Je me décidai à anastomoser la dernière anse de l'iléon avec l'ampoule recto-colique le plus bas possible, ce que je réalisai très simplement en créant sur chaque organe une boutonnière de six centimètres, et en les réunissant l'une à l'autre par une série de surjets à la soie fine. Ensuite, je sectionnai l'iléon au voisinage du cœcum et fermai les deux bouts, pour obtenir l'exclusion de tout le segment du gros intestin compris entre son origine et la dilatation.

Le ventre, enfin, fut refermé par trois plans de sutures. J'avais cru prudent de laisser un drain. Il fut retiré au bout de 48 heures, après avoir donné issue le premier jour à une sérosité assez abondante.

Le lendemain de l'intervention, un léger ictère commença à se manifester. Il s'accentua le second jour, pour s'atténuer graduellement à partir du troisième jour et disparaître promptement.

A cela près, les suites furent d'une grande simplicité : il n'y eut ni vomissements, ni douleurs abdominales, ni aucun phénomène qui pût nous inspirer la moindre inquiétude. Au 14e jour, le malade se levait.

Le cours des selles s'est établi spontanément le 5e jour. Depuis, notre opéré expulse une ou deux fois par jour des matières pâteuses assez fermes, quoique non moulées.

Sa satisfaction en est très grande, la défécation spontanée et facile étant pour lui chose absolument nouvelle. Le ventre est bien souple. En ce moment une palpation même attentive ne permet pas de sentir la portion dilatée ».

OBSERVATION XCIX. — A. GUINARD.

(publiée dans la thèse de CULAN)

(RÉSUMÉ)

D.... René, quinze ans et demi, entré à l'Hôtel-Dieu le 13 janvier 1909, salle Saint-Côme, lit 37.

Rien dans les antécédents héréditaires et collatéraux.

D... est le deuxième de cinq enfants. Bien portant et gras à sa naissance. En nourrice, fut mal soigné. Retiré vers le dixième mois, parce qu'atteint de hernie inguinale (guérie depuis par bandage), était alors amaigri, avait un abdomen gros, proéminent et était constipé. Il l'est resté depuis et a toujours eu besoin de lavements ou de purgatifs.

Mis à la campagne, eut quelques troubles digestifs se traduisant par de la constipation. Vers le vingtième mois, vomit ; rentré chez lui, vomit irrégulièrement, tous les deux à trois mois, un liquide verdâtre abondant (un litre chaque fois, d'après le père). Pendant chaque crise, cinq ou six vomissements, dans l'intervalle desquels douleurs abdominales et somnolences. Après chaque crise, lavement et purgatif : entre les crises, pas de douleur, bon appétit ; mais persistance de la constipation.

De quatre à six ans, crises plus douloureuses, plus fréquentes, apparaissant toutes les six semaines, à deux mois. A cinq ans, crise très violente, avec phénomènes très nets de tétanie : contractures des mains, des pieds

et de la face, avec refroidissement et douleurs généralisées dans le ventre. En quelques heures, plusieurs accès de tétanie. Abdomen très ballonné.

Lavages d'estomac et d'intestin quotidiens. Vomissements chaque mois, mais plus de tétanie.

Les lavages sont abandonnés, le malade étant en meilleur état ; mais, au bout de deux ans, crises de vomissements nouvelles, plus violentes et plus fréquentes, tétanie. Les phénomènes s'amendent, grâce à de nouveaux lavages d'estomac et lavements.

Ces dernières années, le malade a eu sept ou huit vomissements fécaloïdes. Abdomen très ballonné.

Ces derniers mois, tous les quinze jours, crises de tétanie et de vomissements, survenant après un écart de régime. Entre les crises, rien d'anormal qu'une constipation opiniâtre, pas de douleurs gastriques ni intestinales.

L'enfant est toujours de mauvaise humeur, sauf les jours de tranquillité qui suivent une crise.

Examen du malade : Aspect infantile. Taille : 1m39 ; poids : 28 kilogr. 500 ; périmètre thoracique : 0m64. Pas d'amaigrissement.

Abdomen présentant une saillie très nette au niveau de l'estomac, par soulèvement de la peau, ondes péristaltiques, allant de gauche à droite et de bas en haut. Diastase des muscles droits.

A la palpation, l'estomac semble contracturé.

Percussion : limite peu nette entre les sonorités gastrique et intestinale.

Estomac dilaté.

Pouls à 72.

Le malade entre le 13 janvier, reste calme quatre à cinq jours. Dans la nuit du 18 au 17, deux vomissements de liquide verdâtre. Nouveaux vomissements dans la nuit du 17 au 18 avec deux crises de tétanie en une heure.

Le 20, deux vomissements, lavage d'estomac. Diète complète le 21. Vers 6 heures du matin, quelques vomissements ; tubage, repas d'épreuve, puis tubage.

Le 22 au matin, crises de tétanie (huit, de 10 heures du matin à 3 heures du soir). Tubages, vomissements (cinq litres), lavage d'estomac. Calme consécutif.

Dans la nuit du 24 au 25 : quatre vomissements donnant dans les trois litres de liquide; pas de tétanie.

Diagnostic : Sténose pylorique de cause inconnue.

Opération : Laparotomie.

Estomac dilaté ; pylore en bon état. Intestin grêle vide.

Côlon ascendant tordu sur son axe de gauche à droite, intestin grêle porté à droite de ce côlon (dans sa plus grande partie), si bien qu'il s'abouche dans le cœcum à droite. La première partie du jéjunum passant derrière le segment colique tordu est tendue si obliquement de bas en haut et de droite à gauche qu'elle coude violemment la terminaison du duodénum.

Gros intestin très dilaté ; l'*S* iliaque occupe presque toute la cavité abdominale. Appendice long, contient quatre ou cinq petits calculs.

M. Guniard tire sur le jéjunum pour dévider l'intestin ectopié. Le cœcum se remet brusquement en place.

Guérison sans incident quelconque depuis un an.

OBSERVATION C. — F. Villar, de Bordeaux.

(publiée dans la thèse de Chassagnard).

(Résumé)

René S..., seize ans et demi, entre le 30 mars 1909 à l'hôpital Saint-André, présentant des signes d'occlusion intestinale.

Parents bien portants. Une sœur, âgée de dix-huit ans, en bonne santé.

A toujours été constipé, par périodes de deux à trois jours, au bout desquels la constipation cédait devant l'administration d'un laxatif. Ventre toujours gros. Appétit régulier.

Le 13 août 1907, coliques et diarrhée ; du 14 au 17, douleurs abdominales très vives, ballonnement; pas de vomissements. Le 17, laparotomie : ponction de l'intestin, très dilaté, suivie de suture.

Le malade se lève vingt jours après. Pendant un an, il a des selles assez régulières, favorisées d'ailleurs par un régime alimentaire spécial.

Au bout d'un an, nouvelle constipation: le 26 mars 1909 (il n'y avait pas eu de selles depuis le 24), coliques légères ; celles-ci augmentent le 28. Le 29, au matin, purgatif sans succès. Le soir, vers 6 heures, lavement non suivi d'effet, mais de redoublement des douleurs abdominales. Arrêt des matières et des gaz. Aucun vomissement.

Le 30 mars, le malade entre à l'hôpital : faciès tiré ; pouls fréquent. Douleurs abdominales surtout accentuées au niveau du flanc gauche. Ventre excessivement volumineux. Sonorité exagérée presque dans tout l'abdomen, mais submatité à la partie inférieure du flanc gauche.

Pas de renseignements fournis par le toucher rectal.

Hoquet. Urines claires, avec miction difficile.

Diagnostic porté : « Occlusion intestinale par torsion ou par bride ».

Intervention : Laparotomie médiane sous-ombilicale. M. Villar tombe sur le gros intestin très dilaté ; il prolonge son incision jusqu'à l'appendice xyphoïde : intestin grêle de volume normal.

Le gros intestin dilaté a le volume d'un « gros estomas », avec dilatation commençant au cœcum et s'étendant jusqu'à l'union du côlon iléo-pelvien avec le rectum ; de

plus, cette portion d'intestin est allongée, ainsi que le mésocôlon, dont les vaisseaux sont en outre très dilatés.

Appendice iléo-cœcal gros et très long, prolabé dans le cul-de-sac recto-vésical.

On ne trouve aucune lésion pouvant être la cause de cette occlusion intestinale. M. Villar voulait faire une colopexie transverse et descendante; mais, en raison de l'affaiblissement très marqué du malade, et du peu d'efficacité probable d'une colopexie, il pratiqua une résection intestinale : il extériorisa une anse colo-sigmoïdienne longue de 50 centimètres, la fixa par quelques points au catgut à la partie inférieure de l'incision sous-ombilicale, la ponctionna et sutura la paroi abdominale.

La ponction donna beaucoup de gaz et de matières liquides gris-verdâtre.

Le jour de l'opération et le lendemain, rien ne s'écoule par l'anse extériorisée. Le surlendemain, 1er avril, écoulement de matières en petite quantité. Le 2 et le 3, matières plus abondantes. Le 3, le malade ayant été endormi, M. Villar résèque au bistouri et aux ciseaux l'anse extériorisée et fixe à la peau les deux bouts d'intestin. La résection de l'anse et du mésocôlon donne lieu à une hémorrhagie assez abondante, qui exige la pose de plusieurs ligatures.

Les suites de ces deux interventions furent des plus simples ; l'alimentation a été reprise rapidement, l'état général s'est relevé d'une façon complète. La plaie abdominale s'est réunie par première intention. M. Villar se propose de réséquer prochainement l'anus contre nature et de réunir les deux bouts d'intestin par une entérorraphie circulaire.

Anatomie pathologique (examen de l'intestin réséqué, fait par M. le professeur agrégé Sabrazès) :

Epaisseur moyenne de la paroi intestinale : 6 à 7 milli-

mètres. Congestion très marquée sur la séreuse. Muqueuse intacte : dans le tissu interglandulaire, à côté des cellules conjonctives, cellules plasmatiques et quelques « mastzellen » ; quelques lymphocytes.

« Muscularis mucosæ » normales.

Sous-muqueuse constituée par tissu fibreux, avec vaisseaux gorgés de sang.

Tunique musculaire épaissie : 3 à 4 millimètres.

Séreuse congestionnée, infiltrée de lymphocytes, de cellules conjonctives jeunes, de leucocytes polynucléés et de « mastzellen ».

Périvascularite dans toute l'épaisseur de l'intestin.

OBSERVATION CI. — M. Cadet.

(In *Lyon Médical*, 1905, n° 11, p. 578.)

(Résumé)

B... Françoise, dix-sept ans, cultivatrice. Rien dans ses antécédents héréditaires : parents bien portants. Deux frères morts en bas âge on ne sait de quoi. Quatre sœurs en bonne santé. Pas d'antécédents névropathiques, familiaux ou personnels.

Gros ventre depuis l'âge de dix-sept mois, ce qui fit croire à un moment à une péritonite bacillaire. Le ventre est toujours resté volumineux depuis, mais indolore.

La malade n'est jamais allée à la selle plus d'une fois tous les quinze jours. Elle est restée quelquefois trois semaines sans évacuations et cela malgré les lavements et les purgatifs. Depuis deux mois, glaires dans les selles. De plus, la malade a souvent la sensation de boules qui se déplacent, faisant plus ou moins de bruit jusqu'à évacuation.

La malade n'a jamais eu de phénomènes péritonéaux

ni de signes d'occlusion. Pas d'œdème des jambes, pas de gêne de la miction.

Françoise B..., travaillait, ne souffrait pas, mais, gênée par le volume de son ventre, elle entre à la « Charité » pour s'y faire traiter.

A son arrivée, aspect général souffreteux ; la malade est maigre, peu développée pour son âge et impubère.

Saillie énorme de l'abdomen, comparable à celle d'une « grossesse à terme ». Le ventre présente trois saillies longitudinales, une médiane et deux latérales correspondant aux flancs. Peau distendue et sillonnée de veines. Sonorité partout. Contractions péristaltiques.

Le toucher vaginal ne peut être pratiqué.

Le toucher rectal fait sentir en avant l'utérus et les ovaires peu développés, mais normaux. Tumeur énorme, ayant le volume d'une tête « de fœtus à terme », dans tout le petit bassin : cette tumeur est molle, peu mobile et on reconnaît qu'elle est constituée par un amas de matières fécales.

M. Pollosson fait le diagnostic de dilatation du gros intestin et décide d'enlever le stercorome : le 19 janvier 1904, après anesthésie à l'éther, deux doigts introduits dans le rectum tâchent de morceler la masse, mais on doit recourir à une pince. L'ablation est ensuite poursuivie sous les doigts. Au bout de deux heures, on a évacué 3 kilogr. 500, mais on laisse encore beaucoup de matières.

Le jour suivant, trois à quatre évacuations spontanées; le soir, on peut évaluer à 6 kilogr. la quantité de matières expulsées. Le ventre a diminué de volume et repris sa souplesse.

Les jours qui suivent, lavements et purgations.

Le 12 février, la malade va très bien. L'état général s'est notablement amélioré.

OBSERVATION CII. — Ebers (*in* Gaujoux).

Garçon de dix-sept ans.

A toujours souffert de constipation et d'accès de colique assez fréquents. Mort, avec symptômes iléiformes ; le ventre atteint une circonférence considérable.

Autopsie : Gros intestin et rectum très dilatés et formant un large sac atteignant un diamètre de 275 millimètres. Les parois de ce sac sont très minces, leur épaisseur ne dépassant pas celle « d'un pétale de pavot ».

OBSERVATION CIII. — Pozzi.

(Congrès de Chirurgie, 1905, p. 782).

(Résumé)

Malade âgé de dix-sept ans. Vient consulter pour tumeur siégeant dans l'abdomen et formée de matières fécales.

Symptômes : Constipation datant de l'enfance. Vomissements. A deux ans, grave crise d'obstruction. Lavements huileux, bains chauds : débâcle. Depuis, le malade ne peut aller à la selle que par lavements. Phénomènes de péritonisme : vomissements porracés, ventre distendu, faciès altéré. A treize ans, nouvelle crise. Douze jours sans selle.

La tumeur actuelle, médiane, dure, indolente et ronde, a la grosseur d'une « tête de fœtus à terme ». Au toucher rectal, le doigt soulève cette tumeur.

Diagnostic : Kyste, abcès, etc.

Traitement : Lavements ; puis rectotomie et rectoplication. Guérison rapide accélérée par la réapplication du traitement médical.

Anatomie Pathologique : Volumineuse ectasie du gros intestin à la jonction du rectum et de l'S iliaque. Masse fécale excessivement dure et pesant 700 grammes.

OBSERVATION CIV. — Roth.

(*Archiv. f. Klin. Chir.* 1906, II. p. 125).

Malade âgé de dix-sept ans.

Symptômes : Depuis naissance, constipation et distension abdominale. Vomissements. Douleurs abdominales. Parfois un mois sans selle.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Les lavements huileux donnent une amélioration sensible ; colectomie, suivie de guérison.

OBSERVATION CV. — Pluyette.

Jeune fille de dix-neuf ans. Constipation chronique. Depuis un an, augmentation de volume de l'abdomen. Entre à l'hôpital pour rétention stercorale. Tympanisme. Traitement médical sans effet.

Laparotomie. Hypertrophie de tout le gros intestin. Résection de 45 centimètres du côlon et entérorraphie circulaire. Mort.

OBSERVATION CVI. — Bureau.

Jeune homme de dix-neuf ans.

Constipé avec crises passagères d'obstruction, depuis ses premiers jours. Ventre preeque toujours volumineux

et ballonné ; toujours laxatifs et lavements. Pendant l'enfance et l'adolescence, constipation opiniâtre et distension considérable de l'abdomen. Crises fréquentes : rétention des matières et gaz, tympanisme très marqué; évacuations gazeuses, fétides, considérables. Actuellement, ces crises se renouvellent quotidiennement.

A l'examen, ventre très sonore, ballonné surtout dans la région sus-ombilicale, dans les flancs et sous les côtes. Par la palpation se dessinent de véritables masses gazeuses. On pense à un rétrécissement général congénital du côlon pelvien.

Opération : Côlon descendant très distendu et hypertrophié occupant tout le flanc gauche et se continuant dans l'hypochondre sans possibilité de préciser en haut les limites de la dilatation. A l'union des côlons descendant et pelvien, sur cette anse dilatée, point rétracté, au dessous duquel le côlon garde ses caractères de dilatation et d'hypertrophie, sans qu'il n'y ait de point rétréci ou de coudure. Partie supérieure du rectum hypertrophiée, mais normale comme calibre. Anses grêles minces et flasques.

Anastomose latérale entre le côlon descendant dilaté, au-dessus de l'obstacle, et la partie toute supérieure du rectum. Parois coliques très hypertrophiées (un centimètre au moins d'épaisseur). Séreuse normale, musculaire et sous-muqueuse très hypertrophiées ; muqueuse normale. Triple plan de sutures muqueux, musculeux et séreux, et fixation du côlon descendant en amont de l'anastomose, à la partie supérieure de la plaie.

Les jours suivants, évacuations gazeuses ; purge le septième jour, avec plusieurs selles dans l'après-midi.

Depuis, il n'y a plus de météorisme, mais l'intestin est toujours paresseux et les lavements répétés restent nécessaires.

OBSERVATION CVII. — Schreiber (de Königsberg).

(obs. rapportée par Raulin).

Jeune fille de vingt ans, souffrant depuis plusieurs années de constipation opiniâtre, de rétention et d'expulsion intermittente de gaz, de météorisme intense des flancs. Mouvements péristaltiques visibles. L'examen aux rayons Rœntgen, la diaphanoscopie, la rectoromanoscopie permirent de porter le diagnostic de dilatation idiopathique du côlon.

Traitement : Médical (opium).

Dès l'emploi de l'opium, les selles redevinrent quotidiennes et spontanées. Le ventre dégonfla et resta affaissé. Au bout de trois semaines, la jeune fille, qui paraissait au début une malade grave et qui alors était excessivement amaigrie, était redevenue une personne pleine de santé.

OBSERVATION CVIII. — Cersé.

Jeune fille de vingt ans, en paraissant quatorze, adressée avec le diagnostic de dilatation congénitale du côlon. Ventre proéminent. Masse irrégulière et dure dans la région sous-ombilicale. Constipée dès la première enfance, parfois pendant un mois ; phénomènes d'obstruction se développant alors et se terminant par évacuation d'un seau de matières fécales. Rectum vide. Lavements et huile de ricin sans résultat.

Colostomie ; quelques cuillers de matière noire, sans odeur, dans l'anse pelvienne. Enorme quantité de matières dans le côlon. Péritonite au bout de deux jours. Amélioration au cinquième jour. Nouvelle poussée le septième jour, avec rapide terminaison fatale.

Autopsie : Au-dessus du rectum, non rétréci, *S* iliaque renflée contenant des matières fécales avec un centre très consistant ayant le volume d'un œuf d'autruche.

OBSERVATION CIX. — Hichens (*in* Duval).

Homme de vingt ans.

Constipé depuis le jour de sa naissance jusqu'au jour de sa mort ; abdomen progressivement dilaté ; purgatifs et lavements nécessaires : selles seulement tous les dix ou quatorze jours, scybales. Mort subite.

Autopsie : Abdomen énorme. Côlon pelvien extrêmement distendu et allongé (57 centimètres de long, 35 centimètres de circonférence minima), contient des gaz et des fèces semi-liquides. Parois très hypertrophiées. Pas de sténose.

OBSERVATION CX. — Tuffier.

Jeune fille de vingt ans, adressée pour une volumineuse tumeur abdominale ayant débuté à l'âge de treize ans et s'étant progressivement développée.

Constipation opiniâtre depuis les premiers jours de la vie, ne cédant qu'aux lavements et aux purgatifs. Douleurs sous forme de crises plusieurs fois par jour, avec borborygmes et contractions intestinales visibles et tangibles. Jamais ni vomissements ni autres signes d'occlusion. Le ventre, toujours volumineux, se développa surtout à partir de l'âge de treize ans et alors apparurent des palpitations et de la dyspnée. Tumeur du volume d'une « tête de fœtus », indolore, dure et mobile transversalement. Matité absolue. Au toucher vaginal, on reconnaît

que la tumeur est indépendante de l'utérus et qu'elle se laisse déprimer un peu comme si elle contenait du mastic très dur. Rien au toucher rectal. Indican dans les urines.

Diagnostic : Kyste dermoïde de l'ovaire.

Laparotomie exploratrice : dilatation et hypertrophie énorme du côlon pelvien. Enormes vaisseaux dans le méso. Entérotomie : extraction d'un calcul fécal énorme (1455 grammes). Il est formé de couches concentriques contenant des grains, des matières fécales desséchées et des fibres ligneuses. Parois intestinales très épaisses.

Guérison et sortie de l'hôpital un mois après. Quatre semaines s'écoulent, puis la malade revient pour de nouvelles crises intestinales douloureuses et de la constipation. Deuxième laparotomie : entéro-anastomose unissant la portion saine du côlon descendant et la portion saine du rectum, puis exclusion partielle de l'anse malade par rétrécissement. Guérison. Première selle au septième jour avec huile de ricin, puis selles spontanées. La malade quitte l'hôpital un mois et demi après sa rentrée, et jouit d'une santé parfaite.

OBSERVATION CXI. — Brook.

(*Brit. méd. Journ.* 1905. I. 1035).

Femme de vingt et un ans; entre à l'hôpital pour une tumeur abdominale qui remonte déjà à cinq mois.

Symptômes : Pas de douleurs, sauf après purgatifs ou lavements. Constipation de tout temps.

La tumeur est globulaire, mobile, mate et complètement isolée de l'utérus, lequel se trouve repoussé vers la partie antérieure. Vomissements.

Diagnostic : Tumeur solide de l'ovaire gauche.

Traitement : Colotomie, suivie de guérison.

Anatomie pathologique (laparotomie : Anse sigmoïde très hypertrophiée et distendue, que l'on prend pour l'estomac excessivement dilaté. Elle recouvre l'intestin grêle. Côlon descendant moins dilaté. Dans l'intestin roule une tumeur. Pas de sténose.

Toutes les tuniques participent à l'hypertrophie. Parois intestinales trois à quatre fois plus épaisses que normalement.

OBSERVATION CXII. — Formad (*in* Duval).

Homme de vingt-trois ans, connu sous le nom d' « homme-ballon » ou de « sac d'air ». Depuis l'enfance, énorme météorisme et opiniâtre constipation. Mourut de colite aiguë.

Autopsie : Aucun rétrécissement intestinal. Le côlon a les dimensions d'un gros intestin de bœuf (34 centimètres de circonférence) et pèse 47 livres.

OBSERVATION CXIII. — Blanc et Charlot.

Femme de vingt-cinq ans ; mariée à dix-neuf ans ; un an après, fausse-couche de six mois ; depuis, constipation opiniâtre et douleurs abdominales intermittentes. Amélioration par lavements et purgatifs.

A vingt-un ans, seconde grossesse à terme et normale ; apparition des mêmes symptômes qu'à la première.

Après le troisième accouchement, survenu il y a deux ans, accentuation des troubles, douleurs abdominales très vives nécessitant entrée à l'hôpital de Bellevue en février 1905.

A ce moment, quatrième grossesse de trois mois environ ; ventre un peu tendu, pas très volumineux ; tumeur dure et douloureuse dans la fosse iliaque droite ; par le toucher vaginal, combiné à la palpation abdominale, on mobilise séparément l'utérus et la tumeur qui a le volume d'une « tête d'enfant à terme ». Toucher rectal négatif.

Diagnostic supposé: Hydro-salpynx, ou hémato-salpynx, ou tumeur solide de l'ovaire.

Le 14 février, laparotomie sous-ombilicale : vaste poche à parois épaisses donnant exactement la sensation d'un estomac. C'est le gros intestin et spécialement sa portion pelvienne anormalement dilatée et épaissie. Par colotomie on énuclée facilement la tumeur constituée exclusivement par des concrétions fécales et pesant 350 grammes. Suture de l'intestin et de la paroi ; première selle huit jours après l'intervention. La malade, sortie le 9 mars 1905, rentre un an après, avec douleurs abdominales, pelviennes et lombaires. Après sa sortie de l'hôpital, elle s'était bien portée et avait accouché dans d'excellentes conditions.

Mêmes symptômes, lors du deuxième séjour que pendant le premier. Lavements répétés : disparition de la tumeur. La malade sort tout à fait améliorée le 8 avril 1906.

OBSERVATION CXIV. — Fabre de Parrel.

Homme de vingt-six ans. Entré à l'hôpital le 15 janvier 1906.

Depuis l'enfance, douleurs intestinales et constipation habituelle. Plusieurs fois, crises douloureuses de coliques, avec constipation de 10 à 15 jours et ventre très dur ; pas de vomissements. Disparition, par traitement approprié, des phénomènes d'obstruction.

A l'entrée, ventre proéminent. Dans la cavité abdominale, tumeur descendant surtout dans la fosse iliaque droite. Matité uniforme.

Diagnostic supposé : Tumeur de l'épiploon.

Laparotomie médiane sous-ombilicale le 17 janvier : on extrait une masse énorme à laquelle sont appendus de gros paquets graisseux et plusieurs paquets pédiculés : c'est le côlon hypertrophié et contenant une énorme masse fecale ; on enlève la tumeur et suture les deux bouts coliques.

Anses grêles affaissées et de volume minime.

La tumeur pèse 3 kilogrammes, renferme un bloc stercoral dont la couleur et la consistance sont celles de la pâte à chocolat. Les tumeurs annexes pédiculées sont des diverticules de l'intestin et renferment des matières ayant le volume du poing.

Guérison parfaite.

OBSERVATION CXV. — Woolmer.

(1re Cas, Dr Masi, de Buenos-Ayres, *in* Duval).

Femme de vingt-huit ans, constipée depuis quatre ans, avec, au début, selles sanglantes et rubanées. Au toucher rectal, on croit sentir derrière la vessie une tumeur iliaque. Lavements d'huile, massage abdominal et traitement diététique approprié.

Au bout de trois mois de traitement, amélioration. L'intestin fonctionne quotidiennement, mais les matières redevenant rubanées, on pense à une ulcération cancéreuse du gros intestin. Laparotomie en février : gros intestin libre de toute lésion. Derrière la vessie, anse d'intestin fixée et ayant la forme et les dimensions d'un estomac. Par la pression de cette anse, on ne la diminue pas. On

l'extériorise et en vide le contenu dans le rectum. Cette tumeur est formée par le côlon pelvien très dilaté ; sa surface est ridée ; musculaire du côlon pelvien atrophiée et incapable de contractions.

Dans le mésocôlon, veines très dilatées.

Colopexie, au niveau de la fosse iliaque. Guérison sans incidents.

OBSERVATION CXVI. — Peakok.

(obs. IV de Bristowe, *in* Duval).

Homme de vingt-huit ans, entré le 11 mai 1871, à « Saint-Thomas-Hospital », dans le service de M. Peakok.

Souffre de constipation depuis sa naissance : sa mère était souvent obligée de lui donner des lavements.

En 1860, crise grave d'obstruction intestinale.

La constipation persiste et souvent le malade est obligé de se retirer pour émettre des gaz très abondants.

Six semaines avant sa mort, graves symptômes d'obstruction, vomissements. On trouve le rectum rempli de fèces dures.

Lavements : amélioration.

Aggravation rapide : Distension de l'abdomen, tympanisme absolu; ventre comme celui d'une femme à terme.

Œdème de la paroi. Pas de selle depuis huit jours. Mort.

Autopsie : Tous les organes sont sains, à l'exception de la dernière portion de l'intestin. La fin de l'iléon est distendue par des matières fécales. Le gros intestin, du cœcum au rectum, est énormément distendu : diamètre uniforme de 6 à 8 pouces. Il contient 15 « quarts » de fèces

demi-solides. La muqueuse est largement ulcérée sur le transverse et l'anse sigmoïde. La distension cesse au rectum : celui-ci est perméable.

OBSERVATION CXVII. — Mouges.

(*Marseille méd.* 1907 ; p. 175).

Femme âgée de trente ans.

Entre à l'hôpital avec le diagnostic de congestion hépatique et de grippe.

Symptômes : Toujours très constipée. Bientôt arrêt des matières et gaz. Distension abdominale très marquée. Douleurs légères.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Introduction d'une sonde dans le rectum, soulagement momentané.

Morte d'obstruction intestinale.

Autopsie : Enorme dilatation du côlon et surtout du côlon transverse, qui fait avec le côlon descendant un angle aigu. Au niveau de celui-ci, une sorte d'étranglement.

Le côlon descendant ne participe pas à la dilatation.

OBSERVATION CXVIII. — Fitz (Obs. II ; *in* Duval).

Femme de trente-sept ans ; entrée à l'hôpital général de Massachusetts en novembre 1898.

Depuis l'âge de quinze ans, où elle eut une « menace de fièvre typhoïde », a, deux à trois fois par an, des attaques de faiblesse périodique sans cause. Depuis la dernière

crise (il y a onze mois, la malade s'est mal portée. Après cette crise, l'abdomen a grossi et a progressivement atteint son volume actuel.

Depuis des années, la malade est obligée de prendre des laxatifs et plusieurs fois par an, elle reste toute une semaine sans selle. Réglée à quinze ans, ne l'a pas été pendant deux ans. L'intervalle entre deux menstrues successives varie d'une semaine à trois mois.

Doit être parfois sondée pour uriner, douleurs abdominales.

Autour de l'ombilic, abdomen uniformément tendu, dur et mesurant 33 pouces de circonférence. Tympanisme.

Le Dr Porter, par laparotomie médiane, trouve une dilatation considérable du côlon pelvien. Ni coarctation de l'anse, ni accumulation fécale. Ablation de l'appendice.

Pas de résultats durables. La malade revint à l'hôpital où est pratiquée une nouvelle laparotomie, avec résection du côlon pelvien très dilaté.

Convalescence parfaite.

OBSERVATION CXIX. — Dupleix.

Malade âgé de trente-huit ans.

A la naissance, imperforation de l'anus. Depuis son enfance, le malade a toujours présenté des troubles intestinaux : constipation opiniâtre et ballonnement survenant une ou deux heures après le repas, et disparaissant aussitôt après l'évacuation d'une quantité assez grande de gaz. Trois mois avant l'entrée à l'hôpital, ballonnement permanent. Un jour, pendant la défécation, dyspnée intense et mort en une heure.

Autopsie : Le couteau ayant éraillé une partie de l'intestin, dégagement considérable de gaz avec matières fécales noires et très molles. Ce dégagement fut précédé d'un bruit assez fort et projection au loin des fèces. Une masse énorme remplissait toute la cavité abdominale, refoulant le diaphragme, l'intestin grêle, l'estomac, le foie et la rate. Cette masse énorme se composait de l'*S* iliaque et du rectum, très dilatés.

Epaississement des parois intestinales, pas de sténose.

OBSERVATION CXX. — Schwartz.

Homme de trente-neuf ans.

A la suite d'un traumatisme thoraco-abdominal, phlegmon diffus de la région lombaire causé par rupture du côlon transverse. Drainage, guérison.

Trois ans après, accidents d'occlusion intestinale : cœcostomie.

Un an après, laparotomie pour oblitérer l'anus cœcal : côlon transverse de dimensions colossales. Pas de sténose sur le côlon descendant. M. Schwartz pense qu'il s'agit d'un mégacôlon probablement congénital. Coloplicature, colopexie. Guérison du malade, sauf toutefois persistance d'une fistulette qui ne le gêne guère.

OBSERVATION CXXI. — Hawkins.

(*Loc. cit.*).

Femme de trente-neuf ans.

Symptômes : Depuis l'enfance, constipation ; et depuis quatre ans une seule évacuation par semaine.

État général satisfaisant ; un peu d'apathie et de somnolence.

Abdomen distendu, surtout à gauche. Tympanisme. Aucune douleur.

Diagnostic : (?)

Traitement : Laparotomie et colotomie.

Mort par péritonite (?)

Autopsie : Rectum normal. Côlon distendu légèrement. La distension cesse avant le cœcum, d'une façon progressive. Hypertrophie des parois du segment distendu. Pas de sténose.

OBSERVATION CXXII. — Hawkins.

(Loc. cit.).

Homme âgé de quarante ans.

Symptômes. — Constipation depuis l'enfance. Ventre ballonné. Tympanisme généralisé. Lavements à l'huile de ricin efficaces.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : Lavements.

Mort, quatre jours après son entrée à l'hôpital, d'obstruction intestinale.

Autopsie : L'anse sigmoïde et le côlon transverse occupent tout l'abdomen. Tout le côlon est dilaté : le cœcum et le rectum ne le sont pas. Gaz sous forte pression. Matières abondantes semi-liquides, verdâtres. Pas d'hypertrophie de la musculeuse. Pas de sténose. Muqueuse normale.

OBSERVATION CXXIII.

(Obs. de Harrington, rapportée par Fitz, *in* Duval.)

Homme de quarante ans ; abdomen distendu depuis l'enfance, détresse abdominale constante. Défécation difficile.

A vingt ans, affection aiguë ressemblant à une occlusion intestinale. Le Dr Wadsworth fait une ponction de l'intestin au trocart. Une grande quantité de gaz s'échappe, la distension abdominale disparaît et la défécation se rétablit. Treize ans après, crise semblable, moins grave. Dans les sept années suivantes, cinq attaques, durant de une à quatre semaines. Le malade était cloué au lit, souffrant, vomissant. Le soulagement se produisait par l'émission d'une grande quantité de gaz et de matières liquides. Dernière crise le 6 mars 1898, avec douleurs et vomissements.

Faciès grippé, hagard ; température 102° F.; pouls 120. Abdomen ressemblant à celui d'une femme qui aurait une grosse tumeur ; partout du tympanisme. Laparotomie médiane : flexure sigmoïde très dilatée, s'étendant du pubis à l'appendice xyphoïde ; la ponction en évacue une énorme quantité de gaz et de fèces.

Anse colique extraite de l'abdomen et réséquée. Le malade vit encore une semaine et souffre beaucoup.

Mort par péritonite septique suraiguë.

OBSERVATION CXXIV. — Woolmer.

(2 cas [personnel] ; in Duval).

Homme de quarante-deux ans, constipé depuis dix ans déjà. En mars 1897, crise d'obstruction intestinale ; ultérieurement, nouvelles crises plus fréquentes, plus graves.

Dans l'hypochondre droit, tumeur globuleuse régulière, indolore, très résistante. Au toucher rectal, on atteint la tumeur qui descend jusque vers l'ampoule. L'empreinte du doigt persiste dans la tumeur.

Traitement : Lavements, cascarine et purgatifs. Laparotomie, le 17 juillet 1897 :

Côlon pelvien très distendu, sacciforme. Intestin grêle comme atrophié. La traction sur le côlon pelvien permet de mobiliser la tumeur qu'on perçoit dans le bassin et qui n'est qu'une dilatation encore plus grande du côlon. Péritoine normal, un peu épaissi. Colopexie haute, au centre de l'incision abdominale. Les quarante-huit heures qui suivent l'opération sont bonnes ; puis vomissements. Par la colotomie, disparition de ceux-ci. Le huitième jour, à l'aide de lavements, de la curette et du doigt, on disloque la tumeur (3/4 de litre). Défécation normale depuis.

OBSERVATION CXXV. — Hawkins.

(Loc. cit.)

Femme âgée de quarante-six ans.

Symptômes : Constipation depuis l'enfance. Distension abdominale intermittente, puis permanente. Tympanisme généralisé. Lavements et purgatifs, efficaces. En général, après période de constipation, évacuation d'une quantité considérable de matières liquides.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitement : 1° Anastomose entre le côlon iliaque et la partie inférieure du côlon pelvien, au-dessous de la partie dilatée. Résultat satisfaisant.

2° Trois mois plus tard, symptômes de volvulus : résection du côlon pelvien.

3° Dix-huit mois plus tard, second volvulus ; rectification de l'anse ; guérison.

4° Fixation de l'anse dilatée pour prévenir une torsion future.

Anatomie pathologique (laparotomie) : Anse sigmoïde très dilatée. A la troisième intervention, une petite portion de l'anse sigmoïde, entre l'anastomose et le rectum, s'est dilatée autant que celle qui a été réséquée la fois précédente. De plus, elle s'est tordue.

OBSERVATION CXXVI. — SCHUCKMANN.

(*Deut. med. Woch.* 1907, n° 6).

Femme de quarante-six ans.

Symptômes : Débilité congénitale. Troubles mentaux qui ont nécessité son admission à l'hôpital. Constipation. Ballonnement du ventre. Tympanisme. Vomissements. Amaigrissement.

Diagnostic : Mégacôlon.

Traitements : Lavements.

Morte d'obstruction.

Autopsie : Dilatation et hypertrophie énormes du gros intestin, du cœcum au rectum. Pas de sténose.

OBSERVATION CXXVII. — HAWKINS.

(*Loc. cit.*)

Homme âgé de quarante-huit ans. Entre à l'hôpital pour fracture de rotule.

Symptômes : Constipation. Ballonnement. L'année précédente, alternatives de diarrhée et de constipation. Purgatifs et lavements inefficaces. Mort le lendemain de son admission.

Diagnostic : Mégacôlon.

Autopsie : Cœcum, côlons ascendant, descendant et transverse très distendus. Le ventre ouvert, on ne voit que le côlon. Portions iliaque et pelvienne très courtes, avec paroi hypertrophiée et rigide, et lumière rétrécie.

OBSERVATION CXXVIII. — Roux de Brignoles.

Femme de cinquante ans.

Constipation opiniâtre ; traitement médical sans résultat.

Accroissement des douleurs, phénomènes d'étranglement. Ventre énorme, diaphragme refoulé; faciès des affections intestinales graves, teint terreux, pouls lent et petit.

Toujours constipée depuis son enfance. Dernière selle il y a un mois. Depuis trois jours, outre le hoquet préexistant, vomissements bilieux. Rien à la palpation. Au toucher rectal, tumeur résistante en haut et à droite, mais contiguë simplement au rectum.

Côlon très distendu, semblable à une « énorme cornemuse »; parois intestinales épaissies ; au niveau de l'anse ômega, l'intestin s'est tordu sur son axe.

Une sonde intestinale est introduite par le rectum : gaz abondant et matières fécales. Le côlon se dégonfle et on peut lui faire exécuter un mouvement de rotation de plus de 90 pour 100. La sonde passe alors dans toute la hauteur du côlon descendant. Très près du point de torsion, suture fixant le côlon descendant à la paroi antéro-latérale de l'abdomen. En haut, deuxième point, immé-

diatement au-dessous de l'angle du transverse et du descendant. Fermeture de l'abdomen par trois plans de suture. Guérison opératoire le douzième jour.

Selles normales dès le lendemain de l'intervention. Emploi prolongé de courants continus et du massage.

OBSERVATION CXXIX. — Favalli (in Duval).

Homme de cinquante ans.

Bien constitué, mais grand buveur.

Depuis plusieurs jours, constipation et douleurs abdominales. Un lavement est donné; aussitôt après, météorisme, très violentes douleurs de ventre, dyspnée, faiblesse cardiaque, pouls petit et accéléré. Mort au bout de seize heures.

Autopsie : Cavité abdominale complètement remplie par un énorme sac qui contient des gaz fétides et des matières fécales.

Péritoine normal. Intestin grêle repoussé en arrière et aplati.

Estomac normal.

Gros intestin dilaté : côlons ascendant et transverse ballonnés, ainsi qu'une portion du côlon descendant, et semblable à un « gros côlon de cheval ».

Sac énorme constitué par le côlon pelvien colossalement distendu, et ayant perdu tous ses caractères.

Rectum légèrement dilaté. Pas de sténose, ni d'obstacle intestinal.

Appendices épiploïques quatre à cinq fois plus gros que d'habitude.

Epaisseur des parois coliques cinq à six fois supérieure à la normale.

L'hypertrophie porte purement sur la muqueuse et la musculeuse. La séreuse ne présente pas d'épaississement.

Tissu cellulaire sous-muqueux très abondant et composé de faisceaux conjonctifs épais. Epaisseur pariétale : trois et demie à quatre lignes.

Muqueuse brun verdâtre.

Veines de l'intestin excessivement développées. Système vasculaire pelvien très dilaté.

OBSERVATION CXXX. — Bastianelli (*in* Duval).

Femme de cinquante ans, morte à Rome, admise à l'hôpital avec un météorisme énorme.

Autopsie : Depuis le cœcum jusqu'à l'*S* iliaque, côlon énormément dilaté, comme celui d'un bœuf ; remplit toute la cavité abdominale. Parois très épaissies (plus de un centimètre); pas de rétrécissement ni de compression.

L'intestin ne renferme que des gaz. La muqueuse n'est pas ulcérée.

OBSERVATION CXXXI. — Banks (*in* Duval).

Homme de cinquante ans.

Toujours constipé et souffrant de douleurs abdominales.

Aggravation subite. Obstruction intestinale : Mort.

Autopsie : Côlon pelvien énorme : circonférence de 66 centimètres. Pas d'obstacle intestinal.

OBSERVATION CXXXII. — Money et Paget (*in* Duval).

Homme de cinquante-cinq ans, alcoolique ; énorme dilatation du côlon avec dyspnée et bronchite. Ceinture : 60 pouces de circonférence ; de l'appendice xyphoïde au pubis, distance de 60 pouces aussi. Albuminurie.

Paget pratique une ponction de l'intestin ; amélioration telle que le malade refuse tout autre traitement et « retourne à ses habitudes alcooliques ». Une semaine plus tard, il est admis dans le service de M. Money. L'introduction d'un tube rectal le soulage beaucoup ; il meurt au bout de huit jours.

Autopsie : Foie cirrhotique. Enorme dilatation du côlon et surtout de la flexure sigmoïde qui forme un sac énorme, occupant toute la cavité abdominale. Pas de rétrécissement organique. Côlon hypertrophié et dilaté.

OBSERVATION CXXXIII. — Tuffier.

Homme de cinquante-huit ans, constipé depuis l'enfance, avec accidents intermittents d'occlusion aiguë ; depuis cinq mois, ces accidents (douleurs, ballonnement énorme survenant dans les vingt-quatre heures) s'étaient terminés par l'émission énorme de gaz et quelques matières.

Au moment de l'opération, le malade avait rendu une énorme quantité de gaz et quelques matières : se trouvant très soulagé, il préféra différer l'opération. Deux jours après, mêmes accidents ; abdomen énorme, pouls petit, membres froids.

Anus contre nature : l'intestin était noirâtre.

Mort dans la soirée.

Autopsie : Côlon pelvien très épaissi, remplissant tout le ventre, tordu sur son axe.

OBSERVATION CXXXIV. — Syers.

Ouvrier charpentier, âgé de cinquante-neuf ans. Entré à l'hôpital en décembre 1900, souffrant depuis plusieurs mois de constipation et de distension abdominale. Toujours bien portant jusqu'à sa cinquante-huitième année ; à cette époque malaises et distension abdominale. Fréquentes envies d'aller à la selle, mais pas de résultat. Peu à peu, l'abdomen augmente de volume et, au moment de son entrée à l'hôpital, il était uniformément et énormément distendu. Tympanisme généralisé, mouvements péristaltiques visibles.

Par le toucher rectal, rectum très dilaté. Pas de vomissements.

Par les lavements et les purgatifs, amélioration nulle.

Le malade rentre un mois après à l'hôpital avec des symptômes d'occlusion intestinale. Laparotomie immédiate. Dilatation considérable de tout le côlon. Pas d'obstacle, pas de sténose. Colotomie.

Mort le lendemain, par adynamie.

OBSERVATION CXXXV. — M. Versé.

(*in Münchener medizinische Wochenschrift*, nº 13, 1909).

Homme de soixante-cinq ans, atteint de tuberculose pulmonaire chronique. En cinq mois se développèrent progressivement du ballonnement du ventre, et de la constipation avec complète disparition de l'appétit.

Autopsie : Dilatation idiopathique et hypertrophie de l'anse sigmoïde. Dans la portion terminale de la dilatation, une ulcération tuberculeuse dont la perforation entraîna la mort par péritonite.

OBSERVATION CXXXVI. — Hilbert.

Femme de soixante-six ans.

Enorme ballonnement du ventre et constipation opiniâtre. D'abord, on pensa à un rétrécissement de l'intestin par néoplasie maligne, mais on trouva l'ampoule rectale bondée d'excréments.

Amélioration sensible mais passagère par les lavements.

Mort dans le marasme.

A l'autopsie : Gros intestin hypertrophié et dilaté dans toute son étendue, sans trace de sténose néoplasique ni cicatricielle.

OBSERVATION CXXXVII. — Pluyette.

Homme de soixante-sept ans, entré à l'hôpital avec symptômes d'occlusion intestinale. Après sept jours d'observation, les symptômes généraux restent bons et l'on pense à une pseudo-occlusion.

Laparotomie : Deux énormes anses intestinales sont accolées l'une à l'autre et semblent occuper tout le ventre. Il s'agit du côlon.

La dilatation occupait surtout le côlon descendant, mais aussi le transverse et l'ascendant. Pas de sténose. Mort au bout de treize jours.

OBSERVATION CXXXVIII. — Schuckmann.

(*Loc. cit.*)

Homme âgé de soixante-huit ans, admis à l'hôpital pour troubles mentaux.

Symptômes : Constipation. Ventre tendu et ballonné. Tympanisme. Lavements inefficaces.

Diagnostic : Occlusion intestinale complète.

Traitement : Colostomie.

Mort subite à la suite de l'opération.

Autopsie : Presque tout le ventre est occupé par une anse intestinale très dilatée. Flexure de l'anse sigmoïde. Foie, diaphragme, cœur, poumons, intestin grêle et estomac déplacés. Rectum faiblement dilaté. Pas de sténose, mais légère strangulation à 20 centimètres de l'anus. Dans le sac, matières fécales et beaucoup de noyaux de cerises.

OBSERVATION CXXXIX. — M. Versé.

(*Loc. cit.*)

Homme de soixante-douze ans, souffrant d'ulcères variqueux des membres inférieurs. Brusquement, fièvre, énorme ballonnement. Mort en deux jours, sans qu'une intervention chirurgicale ait été tentée en raison de la gravité des symptômes généraux.

Autopsie : Enorme dilatation de l'anse sigmoïde, qui était unie par des adhérences à l'angle splénique du côlon et au côlon descendant un peu moins dilaté. Les bandes musculaires du gros intestin étaient surtout hypertrophiées avant d'arriver au rectum. A cet endroit, le péritoine, par deux replis très visibles, formait une poche profonde où s'engageait l'intestin. Les anses grêles, un

peu contracturées, se tenaient derrière l'anse sigmoïde dilatée. Le cœcum, avec un appendice adhérent, était un peu dilaté, tandis que le côlon ascendant et l'angle hépatique hypertrophiés et dilatés avaient atrophié le lobe gauche du foie qu'ils avaient refoulé très haut sous les côtes. La capacité de l'anse sigmoïde et de l'angle splénique était de 14 litres. La longueur du côlon, sans le rectum, était de 240 centimètres, dont 120 pour l'anse sigmoïde, dont l'énorme dilatation était liée à une considérable hyperthrophie de la tunique musculaire, qui devait dater de longtemps, étant donné le ratatinement du lobe gauche du foie.

OBSERVATION CXL. — Le Roy des Barres.

Enfant du sexe masculin apporté mourant à l'hôpital et mort peu après. L'abdomen ouvert, on voit trois sacs ; deux volumineux latéraux, un médian n'occupant que la partie inférieure de l'abdomen. Les deux sacs latéraux, qui ont le volume d'un estomac d'adulte, sont verticaux et presque parallèles, se continuent en haut par un angle aigu et se disjoignent en bas pour loger le sac médian, qui est la vessie.

Côlon ascendant normal, rectum perméable. Le siège de la dilatation est le côlon pelvien. Son mésocôlon atteint presque 20 centimètres à la partie moyenne. Le mésorectum existe assez développé. Mésocôlon pelvien à peine épaissi. Artères et veines coliques très allongées, mais relativement grêles. L'appendice mesure 15 centimètres de long. Intestin grêle normal. Ganglions mésentériques énormes. Anse dilatée : longueur 55 centimètres ; contenance : 3 litres. Elle est remplie de matières

fécales. Péritoine peu épaissi, hypertrophie notable de la couche circulaire. Muqueuse et sous-muqueuse épaissies. La vessie remonte à deux travers de doigt de l'ombilic et sa paroi est un peu hypertrophiée.

OBSERVATION CXLI. — Riether (*in* Duval).

Enfant nourri par sa mère pendant trois jours, puis par une nourrice : refuse le sein et a des vomissements verdâtres.

Ventre métériorisé.

Température 36°7 à 37°5 ; quelques instants avant la mort, 39°. Constipation : deux lavements, le premier jour, ne donnent pas de résultat. Masses vomies noires verdâtres, mais non fécaloïdes.

En sept jours, le poids tombe de 3300 à 2600 grammes. L'enfant meurt au septième jour de son hospitalisation.

Autopsie : Estomac et intestin dilatés ; le grêle, distendu par les gaz, a la largeur du médius. Côlon très dilaté et rempli de fèces brunâtres. Rectum libre et contracté ; pas d'obstacle à la circulation intestinale.

OBSERVATION CXLII. — Berti (Obs. II ; *in* Duval).

Enfant qui s'allaita bien et ne vomit pas.

A deux mois, amaigrissement extrême. Ventre dilaté, anses intestinales visibles. Evacuations très rares ; lavement fréquents, qui évacuent des fèces d'odeur épouvantable.

Dans les derniers jours de la vie, fièvre, diarrhée, broncho-pneumonie.

Autopsie : Intestin grêle dilaté, à parois amincies.

Côlon transverse dilaté ; arrivé sous le diaphragme, le côlon descendant redescend à gauche et s'ouvre dans une dilatation arrondie en forme de goître.

De là au rectum, nombreuses flexuosités à calibre dilaté.

Dans la zone d'ectasie, parois un peu épaissies.

Muqueuse colique rouge, follicules hyperthrophiés.

OBSERVATION CXLIII. — Barling (*in* Gaujoux).

Enfant ayant succombé à une seconde attaque d'obstruction intestinale par matières fécales.

L'enfant a été apporté moribond à l'hôpital et on n'a pu procéder à l'extraction mécanique des matières fécales, qui avait été pratiquée dans la première crise, un an auparavant.

Autopsie : Diaphragme repoussé dans la cage thoracique jusqu'à la hauteur de la deuxième côte. La distension du gros intestin était énorme. La circonférence du rectum, dont les parois s'étaient très atrophiées, mesurait 17 pouces. Le rectum et l'S iliaque étaient bourrés de fèces, mais, dans le côlon, la distension était surtout produite par les gaz.

OBSERVATION CXLIV. — Gaume (*in* Duval).

Enfant ayant toujours été constipée, mais surtout depuis un an : une selle peu abondante et très dure tous les huit jours.

Météorisme constant ; pas de douleurs abdominales.

Parfois l'intestin se vide et le ventre diminue de volume.

A eu deux vomissements.

Anorexie et cachexie.

Dans la région iliaque gauche tumeur dure, ovale et grosse comme une tête de fœtus, mate à la percussion et douloureuse à la palpation. A droite, même tumeur, mais plus petite.

Gaz bruyants. Abondante évacuation par lavements et purgatifs.

Vomissements fécaloïdes, extrémités froides, cyanosées, diarrhée profuse, coliques, disparition de la tumeur. Mort.

Autopsie : Tout le gros intestin est très dilaté : toute la région de l'iléon est remplie par le côlon pelvien.

Péritoine normal.

Cœcum très dilaté.

Côlon ascendant et transverse très augmentés de volume et occupant les deux hypochondres et l'épigastre. Côlon descendant peu dilaté, Côlon pelvien remplissant le bassin. Beaucoup de fèces brunâtres et de gaz dans l'intestin. Inflammation chronique des parois coliques. Les différentes couches sont presque impossibles à reconnaître.

Muqueuse gris blanc épaissie. Une portion du transverse est injectée et amincie.

Séreuse intacte partout.

Intestin grêle légèrement dilaté et hyperhémié.

OBSERVATION CXLV. — Saint-Martin.

Malade constipée depuis sa naissance. Famille de dix-neuf enfants, dont plusieurs ont des antécédents abdominaux.

Ballonnement progressif. Diagnostics nombreux et variés. Intervention pour kyste de l'ovaire. Tumeur fécale siégeant dans l'anse sigmoïde dont les parois sont très hypertrophiées.

Evacuation de la tumeur par malaxage. De grands lavages intestinaux amènent une amélioration.

OBSERVATION CXLVI. — Jacobi (*in* Gaujoux).

Malade ayant un abdomen dilaté. Constipation chronique alternant avec diarrhée.

Mort. Colite ulcéreuse.

Autopsie : Dilatation du côlon avec hypertrophie et allongement, surtout dans la région de l'S iliaque. Lésions de colite ulcéreuse. Rectum normal.

OBSERVATION CXLVII. — Richardson (*in* Duval).

Malade opérée pour appendicite le 13 janvier 1899. Succès de quelque durée, puis réapparition des symptômes.

Abdomen dilaté symétriquement, tympanique.

Le docteur Fitz diagnostique une dilatation idopathique du côlon.

Le 6 avril 1899, M. Richardson fait une laparotomie sus-pubienne et trouve l'anse sigmoïde très dilatée, remplissant tout l'abdomen inférieur.

Colectomie, suture du côlon descendant au côlon présacré. La malade, un moment soulagée, recommence ultérieurement à souffrir. Abdomen proéminent, dilatation excessive d'une anse intestinale. Douleurs continues,

constipation sérieuse. Tumeur sphérique, saillante à l'ombilic.

Deuxième laparotomie le 7 avril 1900 : anse large, dilatée, épaissie, dans la partie inférieure de l'abdomen. Quelques adhérences avec la paroi sont détruites. Insuccès de l'opération.

Troisième laparotomie en juin 1900 : une nouvelle anse sigmoïde s'est constituée et, par sa dilatation, remplit le bassin et l'abdomen. Colopexie. La tumeur persiste, avec les douleurs et la constipation.

Quatrième laparotomie : nouvelle colectomie, large ventro-fixation de l'utérus. Puis l'idée vient de faire une cœco-sigmoïdostomie, mais on ne la réalise pas.

Février 1901 : douleurs et constipation ; abdomen dilaté, tympanique. Etat général bon. La dilatation a sans doute gagné les côlons transverse et ascendant.

OBSERVATION CXLVIII. — Oulmont.

(rapportée par Cheinisse)

Ancien militaire ayant une première fois présenté du météorisme et une constipation des plus opiniâtres. Ces accidents disparurent peu à peu et, au bout de cinq ans, pendant lesquels le malade est en bon état, accidents analogues. Entré à l'hôpital, succombe vingt-quatre heures après.

Autopsie : Dilatation générale de tout le tube digestif, de l'estomac lui-même, mais surtout du côlon descendant, qui est rempli de matières. Tuniques intestinales hypertrophiées. L'obstruction siégeait à la partie supérieure du rectum et elle était formée par la torsion de celui-ci, entraîné et déplacé par le côlon distendu.

OBSERVATIONS INÉDITES

OBSERVATIONS CXLIX, CL et CLI

(dues à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Frœlich)

I

Mégacolon congénital.

« X... Y..., petit garçon de 22 mois, nous est adressé par le Dr Lacour, d'Epinal, le 26 mai 1907. Depuis sa naissance, il est toujours constipé. C'est un enfant unique ; pas d'antécédents dans la famille. Lorsqu'on ne donne ni lavements ni purgatifs, l'enfant peut rester quatre à cinq jours sans aller à la selle. Le ventre se distend alors et une tumeur apparaît dans le flanc gauche. Le malade se plaint assez fréquemment de coliques.

Etat actuel : C'est un petit garçon bien nourri ; il est pâle et ses téguments sont légèrement jaunâtres. La langue est un peu blanche. Pas de fièvre.

Le ventre est distendu, et on sent, à la palpation, une tumeur commençant dans le flanc gauche et s'étendant vers l'ombilic. Cette tumeur a le volume des deux poings. Elle est sonore à la percussion et n'est nullement douloureuse à la pression. En faisant le toucher rectal, on ne trouve rien d'anormal à l'extrémité inférieure de l'intestin.

Nous pensons avoir affaire à une dilatation congénitale du gros intestin.

On donne un premier lavement qui reste sans-effet. Un deuxième, porté assez haut, dans l'intestin,avec une sonde de Nélaton n° 20, provoque une évacuation très abondante de matières fécales, ayant la consistance du mastic et dans lesquelles nous retrouvons des grains de café, des débris de pruneaux et des raisins secs (les parents de l'enfant habitent une épicerie et le petit garçon, mal surveillé, a dégluti tous ces corps étrangers). La débâcle dure une partie de la journée. Le lendemain, la tumeur abdominale a complètement disparu. L'enfant reste pendant huit jours au « Pensionnat » de l'Hôpital civil. Un petit lavement donné tous les jours, à la même heure, assure une selle quotidienne. L'alimentation de l'enfant, elle aussi, est réglementée. Il rentre chez lui dans de très bonnes conditions.

Deux mois après, il revient. La constipation s'est reproduite, ainsi que la tumeur abdominale, et l'enfant aurait eu quelques vomissements. Il est vrai que les lavements n'ont pas été donnés d'une façon régulière et que l'alimentation de l'enfant n'a pas été surveillée. Les parents demandent si une opération ne pourrait pas guérir radicalement leur enfant. Je déclare cette opération possible et indiquée si les lavements et la surveillance de l'alimentation n'amènent point la guérison.

Nouveaux lavements avec la sonde de Nélaton. Débâcle intestinale dans laquelle il y a des noyaux de cerises. Pendant huit jours, des lavements réguliers, du massage de l'intestin, une alimentation rationnelle amènent une guérison parfaite. La tumeur ne se reforme pas.

Nous avons appris que, quelques semaines plus tard, les mêmes accidents s'étant reproduits, les parents avaient réclamé une intervention à un autre chirurgien. Cette

intervention aurait consisté dans la résection d'une portion du gros intestin et l'anatomose du bout proximal au côlon descendant.

L'enfant succomba quatre jours après l'opération, de péritonite semble-t-il. »

II

Dilatation congénitale du gros intestin.

« E... S..., trois ans (née en juillet 1895), de Remiremont, est atteinte depuis sa naissance d'une constipation opiniâtre. Elle a été nourrie au sein pendant dix mois. Sa constipation alors était moindre que depuis le sevrage. Elle n'a jamais de selles spontanées ; celles-ci sont amenées par des purgatifs (poudre de réglisse, magnésie), ou bien par des lavements et des suppositoires.

L'enfant a deux sœurs plus âgées, bien portantes, et un frère plus jeune, normalement constitué.

Depuis quelques semaines, les parents ont remarqué que le ventre de l'enfant était gros, surtout à droite, et que la pression à ce niveau était douloureuse. C'est pour cela que l'enfant m'est amené.

La tumeur a le volume du poing. Elle est bosselée, mais elle se continue aussi depuis la fosse iliaque droite jusqu'à l'hypochondre gauche ; elle a partout la même consistance au palper, mais elle est sonore à la percussion à gauche, et les portions dures se laissent déprimer. Au toucher rectal, le sphincter semble contracturé, le doigt arrive sur des masses fécales et une évacuation de matières liquides sous pression suit le retrait du doigt. Il s'agissait donc d'une dilatation du côlon, avec rétention de matières (Mé-

gacôlon congénital). Un lavement d'eau tiède est donné avec la canule dite « de Plombières », et amène une débâcle de matières dures et liquides.

Le lendemain, il est nécessaire d'extraire avec les doigts de grosses portions de matières semi-dures hors de l'anus. Au bout de 3 jours de ce nettoyage, la tumeur avait complètement disparu. A partir de ce moment, les parents donnèrent, avec la même canule, un lavement quotidien pendant un mois. La tumeur ne se reproduisit plus. On donna alors des lavements simples. Jusqu'à l'âge de six ans, les lavements furent administrés tous les jours. De temps à autre, ils étaient remplacés par des purgatifs.

Trois fois encore, à un an d'intervalle, la tumeur se reproduisit, mais disparut à la suite de lavements haut portés dans l'intestin. Le père, très intelligent, faisait à l'enfant, chaque jour, du massage intestinal.

A neuf ans, l'enfant eut une arthrite du genou droit, avec augmentation de volume, contracture et douleur. Cette arthrite disparut au bout de deux mois d'immobilisation dans un appareil silicaté.

A partir de la neuvième année, les selles devinrent régulières et spontanées. La tumeur ne s'est plus reproduite.

L'enfant, jusqu'à ce moment là, avait eu souvent des coliques, mais pas de vomissements.

Nous avons eu l'occasion de revoir cette jeune fille à douze ans pour une scoliose légère. Son état général est tout à fait bon. Il est à remarquer que, jusqu'à la neuvième année, il fut nécessaire de traiter l'atonie et la dilatation du gros intestin, mais que celle-ci a complètement disparu et que, depuis cinq ans, tout est rentré dans l'ordre. »

III

Dilatation congénitale du gros intestin.

« R... F..., fillette de deux ans (née en octobre 1898), nous est amenée de Toul : les parents ont remarqué que son ventre était très dilaté et que, de plus, l'enfant n'allait pas à la selle spontanément. Depuis sa naissance, on lui donnait ou bien du sirop purgatif de pommes reinettes, ou bien des lavements, ou bien des suppositoires. C'est une enfant unique ; le père est arthritique, la mère légèrement hémophile.

Examen : Il s'agit d'une petite fille très forte pour son âge. L'appétit est excellent, le teint très bon. Le ventre est fortement proéminent. A la percussion, il est sonore partout. Au palper, on sent dans l'abdomen, dans le côlon ascendant et dans le côlon descendant un chapelet de tumeurs grosses comme des noix placées bout à bout. Quoique l'enfant se débatte, le palper ne semble pas être douloureux. Cependant, ces tumeurs ne se laissent pas écraser. Le toucher rectal est facile et n'indique rien d'anormal.

Nous faisons le diagnostic de « dilatation du gros intestin » (mégacôlon congénital).

Un purgatif d'huile de ricin donné le lendemain, ainsi qu'un lavement d'eau tiède porté haut dans l'intestin par une sonde de Nélaton, amène l'évacuation d'une énorme quantité de matières fécales, les unes dures et noirâtres, les autres mollasses et jaunâtres.

Le ventre est complètement déballonné ; à partir de ce moment, les parents donnent régulièrement tous les jours et à la même heure un lavement à la fillette. Le ballonnement ne s'est plus reproduit que deux fois, à l'occa-

sion de voyages, pendant lesquels on donna bien des purgatifs, mais on ne put administrer de lavements ni faire le massage de l'intestin.

L'enfant a eu, plusieurs fois dans son existence, des embarras gastriques avec vomissements, sans fièvre, d'une durée de vingt-quatre heures.

A l'âge de six ans, à la suite d'une rougeole, une nouvelle crise de rétention intestinale se manifesta. Il fut nécessaire d'extraire les matières fécales au moyen d'une cuiller à entremets ; et la quantité de matières évacuées remplissait un vase de nuit. L'enfant, outre la rougeole, eut la coqueluche et la varicelle. A partir de l'âge de huit ans, les selles devinrent normales. Les lavements ne furent plus nécessaires qu'à des intervalles très éloignés. L'enfant a actuellement douze ans. Elle est restée parfaitement guérie, mais jusqu'à l'âge de huit ans, il fallait veiller journellement et minutieusement à l'évacuation du gros intestin. Il est à remarquer que cette enfant n'a jamais eu de coliques. »

Traitement

Il nous reste maintenant à examiner l'importante question du traitement et à voir par quels moyens thérapeutiques nous arriverons, sinon à juguler l'affection, du moins à soulager les malades qui en sont atteints. Deux méhodes ont été employées à cet effet : l'une est toute médicale, l'autre consiste dans l'usage d'interventions chirurgicales.

I. — Traitement médical

Tout en reconnaissant que, dans bien des cas, le traitement médical s'est montré insuffisant, il nous semble, si nous nous basons sur certaines observations (Cheadle, Hirschsprung, Lévi, Concetti) et sur celles de M. le professeur Frœlich en particulier, qu'il y ait lieu d'accorder à ce traitement une grande importance. Beaucoup d'auteurs considèrent que c'est par lui qu'il faut commencer ; c'est notamment l'opinion de Tuffier ; Kredel insiste pour que ce traitement soit aussi précoce que possible. Quant à Duval, il en pose nettement les indications, en disant que « l'action chirurgicale ne « doit être entreprise que lorsqu'avec l'hygiène alimen- « taire la plus raisonnée et le traitement le plus régulier de

« la constipation, l'affection progresse et devient mena-
« çante. »

a) Traitement médical chez l'enfant jusqu'au sevrage.

Quand chez un nouveau-né l'issue du méconium met quelque retard à se produire, il sera indiqué, comme nous l'avons déjà vu antérieurement, d'en provoquer l'évacuation par l'introduction du petit doigt. Le seul fait que cette matière aura été tardivement expulsée devra mettre en garde contre les dangers de constipation futurs et il y aura lieu sans plus tarder de prévenir celle-ci.

A ce point de vue, la question d'alimentation devra être surveillée de près. Il importera, si l'enfant est nourri par sa mère ou par une mercenaire, de régler très exactement les heures et la durée des têtées. Mais là où résideront les plus grands dangers, ce sera dans l'emploi mal réglé du lait de vache chez des enfants qui, pour une cause ou pour une autre, ne pourront recevoir de lait humain. Nous avons vu dans un précédent chapitre comment et pour quelles raisons le lait de vache entraîne la constipation chez les nourrissons. Nous remédierons à ses divers inconvénients, soit en l'additionnant de crême de lait, comme l'a conseillé Biedert, soit tout simplement en le coupant avec de l'eau sucrée à 4 ou 5 %.

L'observation scrupuleuse de ces prescriptions sera généralement insuffisante pour éviter la constipation chez des enfants prédisposés par la maladie de Mya, à être, pendant une période plus ou moins longue de leur vie, de grands constipés : quand on constate que les évacuations alvines deviennent rares, dès les premiers jours de la naissance, et quand le ballonnement commence à se manifester,

quels moyens emploiera-t-on pour lutter contre ces phénomènes ? Deux, surtout, nous rendront d'excellents services chez les enfants : ce sont les lavements et le massage.

1° *Lavements.*

La simple introduction dans le rectum d'une sonde molle de Nélaton, ou l'emploi de suppositoires au beurre de cacao ou à la glycérine pourront quelquefois amener l'évacuation alvine, mais, en général, ces moyens deviendront vite inefficaces. En tout cas, leur emploi gagnera à être alterné avec celui des lavements.

Ceux-ci, toutefois, ont l'inconvénient, si on en fait un usage exagéré, d'augmenter la distension intestinale et d'accentuer ainsi une disposition qu'ils ont pour but de combattre. D'autre part, les phénomènes de colite aiguë constitueront une contre-indication à l'administration de lavements.

Ces réserves faites en ce qui concerne l'emploi de ce moyen thérapeutique, nous dirons que les lavements devront être suffisamment fréquents et qu'on ne devra pas craindre de les porter haut à l'aide d'une sonde molle en caoutchouc, ayant de 15 jusqu'à 20 ou 25 centimètres de longueur. On introduira cette sonde à une profondeur suffisante, de façon à dépasser le coude que forment, par leur rencontre, l'S iliaque et le rectum. Le liquide injecté sera soit de l'eau pure, soit de l'eau boriquée ou additionnée d'huile ou de glycérine. Dans les cas graves, on pourra ajouter à l'eau une petite quantité de sel. L'emploi de ces lavages intestinaux pourra, chez le nourrisson, être précédé de petits lavements d'eau bouillie; ce moyen

restant inefficace, on fera les grands lavages intestinaux; en ce qui concerne ces derniers, la quantité de liquide introduite ne devra pas, chez un nourrisson, dépasser un demi-litre chaque fois. La hauteur du bock avec lequel on les effectuera ne devra pas être supérieure à 50 centimètres. Quant à la température du liquide injecté, elle devra se rapprocher autant que possible de la température du corps, et, en tout cas, ne pas être inférieure à 35°.

En terminant, nous insistons sur les points suivants : les lavements devront être donnés régulièrement et avec persévérance (dans un cas de M. Frœlich, ils ont été administrés tous les jours jusqu'à l'âge de 6 ans). Ils devront être donnés quotidiennement, à la même heure, et il ne faudra pas craindre d'en administrer encore pendant quelque temps après la disparition des symptômes.

2° *Le massage abdominal*

complètera utilement chez le nourrisson les bons effets des lavages intestinaux. Il aura surtout pour objet le côlon descendant et l'S iliaque ; il devra être très modéré et, comme le recommande Méry, il devra d'abord viser les muscles de la paroi, puis comprendre des mouvements circulaires autour de l'ombilic, de façon à agir sur l'intestin grêle ; enfin, on terminera en massant les côlons depuis le cœcum jusqu'à l'S iliaque.

Ces deux moyens, lavages intestinaux et massage abdominal, seront les meilleurs à employer chez le nourrisson. On pourra user modérément de laxatifs, mais on se rappellera, chez le nourrisson comme à un âge plus avancé, que les purgatifs augmentent presque tous la distension abdominale et peuvent donner de graves vomissements,

L'*électricité*, enfin, si on l'emploie, devra être appliquée avec beaucoup de prudence, et on aura recours de préférence à l'électricité galvanique.

b) Traitement médical chez l'enfant.

Nous avons en vue, dans les quelques lignes qui précèdent, surtout le traitement de l'affection chez les enfants n'ayant pas encore été sevrés.

Il nous reste maintenant à envisager le traitement chez les jeunes sujets qui ont dépassé l'époque du sevrage. Nous ne reviendrons pas sur les effets particulièrement funestes, dans le mégacôlon congénital, de ce changement d'alimentation, mais nous croyons utile d'insister à ce sujet sur certaines questions relatives au régime diététique de l'enfant sevré.

Chez celui-ci, il y aura lieu d'éviter encore la surcharge alimentaire, de faire subir au lait de vache les coupages dont nous avons parlé plus haut et surtout de ne pas donner prématurément une alimentation par trop amylacée.

A part ces quelques prescriptions alimentaires, le traitement général de l'affection diffèrera peu de ce qu'il est chez les tout jeunes enfants : les *lavements* seront donnés régulièrement et en prenant les diverses précautions que nous avons indiquées plus haut. Le *massage*, au fur et à mesure qu'on approchera de l'adolescence, pourra être pratiqué avec plus de fréquence ; on poura faire porter à l'enfant une ceinture abdominale. Les *médicaments*, dont on ne saurait être trop avare chez le tout jeune enfant, seront administrés avec moins d'appréhension : le sulfate de strychnine et l'ésérine ont souvent donné de bons résultats chez des adolescents ; nous en dirons autant des

divers laxatifs employés dans la seconde enfance. Nous nous rappellerons, comme Pozzi le fait remarquer, que « les drastiques répétés peuvent amener des érosions sur les parois intestinales amincies », et nous n'userons point de purgatifs.

Enfin, chez l'enfant comme chez le nourrisson, nous essayerons, en cas de tumeur stercorale, la fragmentation de celle-ci, soit à l'aide de cuiller, soit au moyen d'une sonde. Nous pourrons, d'autre part, avoir de bons résultats, grâce à la mise en demeure d'une sonde ano-rectale.

c) Traitement médical chez l'adulte.

Chez l'adulte, enfin, la gravité des symptômes et l'occlusion intestinale commanderont parfois un traitement plus énergique que le traitement médical. Mais, avant de recourir à la chirurgie, on se rappellera que, chez l'adulte comme chez l'enfant, les lavements agissent en entraînant les matières fécales et en déterminant des contractions intestinales. Outre les irrigations intestinales que nous avons déjà préconisées dans l'enfance, nous pourrons, chez l'adulte, où les matières stercorales forment souvent par leur agglomération des blocs très durs, user du moyen recommandé par Malibran : ce procédé consiste à faire prendre au malade, le soir, un lavement abondant et à température basse, qu'on lui fait garder jusqu'au lendemain matin, s'il le peut. A ce moment, par un massage du gros intestin, on arrive à compléter la désagrégation des matières déjà commencée grâce à ce lavement, puis on fait suivre le massage du lavage intestinal suivant la technique plus haut décrite. Chez l'adulte,

ce lavage pourra comprendre un à deux litres de liquide ; il sera donné chaud et avec une pression faible comme chez l'enfant.

Dans le cas où les matières formeraient une tumeur de consistance pâteuse, on aura recours au massage abdominal, on malaxera la tumeur et on arrivera, dans certains cas, à provoquer une évacuation.

Notons enfin que, chez l'adulte, l'emploi de laxatifs pourra donner aussi de bons résultats et que, dans le cas de Schreiber — fait bizarre — la médication opiacée a été suivie d'excellents effets.

La fréquence relativement plus grande des accidents d'occlusion intestinale chez l'adulte que chez l'enfant, nous a poussé à réserver jusqu'à ce moment la question du *lavement électrique*. On aura fréquemment l'occasion, chez des adultes atteints de dilatation idiopathique du gros intestin, de recourir à ce procédé et on aura soin de donner le lavement électrique suivant la technique inspirée par Boudet. Notons, pour terminer, que, dans les cas particulièrement graves d'occlusion intestinale, il sera indiqué de faire, en plus, le lavage de l'estomac.

En résumé, à moins que le traitement chirurgical ne soit impérieusement réclamé par l'état particulièrement grave du sujet, nous voyons qu'il y aura toujours lieu préalablement d'appliquer le traitement médical et que nous pourrons obtenir de celui-ci de très bons effets. En particulier, nous insistons sur les avantages des irrigations intestinales et du massage abdominal, nous basant, pour vanter les premières surtout, sur les bons résultats qu'elles ont fournis à maints auteurs et spécialement à M. le professeur Frœlich.

II. Traitement chirurgical

Comme l'a dit Duval et comme nous croyons utile de le rappeler, « l'intervention sanglante doit être réservée aux cas dans lesquels les moyens médicaux (lavages, massage, strychnine, ésérine) échouent et dans lesquels la maladie suit une marche progressive et prend des allures graves et menaçantes. » Dans ce cas, point sur lequel bien des auteurs ont insisté, l'intervention devra être aussi précoce que possible ; car, ainsi que le fait remarquer Tuffier à propos des 9 cas de mort qu'il a relevés sur 32 cas opérés, presque toujours on n'est intervenu qu'en pleine occlusion. Remarquons d'ailleurs que, d'après une statistique de Tuffier, la mortalité par le traitement chirurgical est de 33 % chez l'adulte et de 40 % chez l'enfant : il semble se dégager de ce fait que le traitement chirurgical a lieu d'être appliqué plus fréquemment chez l'adulte que chez l'enfant.

De quelle nature sera l'intervention ? On a préconisé nombre d'opérations différentes et, comme le dit Delmas, « il semble que presque toutes les opérations possibles sur l'intestin aient été tentées. » Nous les envisagerons successivement, avec leurs avantages et leurs inconvénients, dans l'ordre suivant :

1° Ponction capillaire ;
2° Dilatation de l'anus ;
3° Laparotomie exploratrice ;
4° Colotomie ;
5° Colostomie ;
6° Colopexie ;
7° Entéro-anastomose simple ;

8° Entéro-anastomose avec colectomie ;
9° Iléo-sigmoïdostomie ;
10° Colonoplication ;
11° Rectoplication ;
12° Appendiscostomie.

1° Ponction capillaire

Laissant volontairement de côté les cas où l'intervention consista à ouvrir un anus qui était imperforé, comme l'a fait Dupleix, nous allons immédiatement commencer l'étude des opérations purement exploratrices qui ont été tentées contre la maladie de Hirschsprung :

La ponction capillaire de l'intestin a été soit pratiquée directement à travers la paroi abdominale, soit précédée d'une laparotomie exploratrice.

La ponction intestinale a été faite dans plusieurs cas : 4 fois chez des enfants et 2 fois chez des adultes. Nous allons voir quels ont été ses résultats dans ces diverses observations :

a) Hirschsprung ponctionna l'intestin au trocart chez un petit garçon de six mois. Les effets immédiats ne furent pas mauvais, mais au bout de trois à quatre semaines, il y eut issue fatale par cachexie.

b) Chez un enfant de deux ans qui fut ensuite perdu de vue, Richemond arriva, par une ponction capillaire, à provoquer une importante amélioration.

c) Chez un garçon de trois ans, observé par Martin, la ponction intestinale pratiquée après deux laparotomies consécutives, fut suivie de mort par péritonite avec perforation intestinale.

d) Le jeune sujet de six ans, traité par Wilkie, et ponctionné par lui, fut très notablement amélioré.

e) Chez l'adulte, enfin, Money et Paget ont obtenu une amélioration suivie de mort rapide et Fitz a eu un succès un peu plus long.

Nous voyons, par ce qui précède, que la ponction capillaire pratiquée avec prudence amène souvent une amélioration : nous disons « avec prudence » car, ainsi que le font remarquer Forgue et Reclus » on n'est jamais sûr que les gaz en haute tension ne feront pas sourdre un peu de liquide septique ». Il y aura donc tout avantage à ne pas faire de ponction à travers la paroi abdominale et à ne se servir du trocart qu'au cours d'une laparotomie. Malgré le peu de danger que pourra alors présenter la ponction capillaire de l'intestin, il faudra se rappeler qu'elle ne saurait constituer autre chose qu'une opération palliative : elle place le malade dans des conditions meilleures pour supporter une intervention plus importante.

2° La dilatation de l'anus

a été essayée une fois par Johannessen, sans lui donner de succès. Elle a été surtout préconisée par Morris, qui fut obligé, dans un cas, d'inciter les parties molles depuis l'anus jusqu'au coccyx et compléta l'intervention en vidant le rectum à l'aide de la main. Les résultats ne furent que tout à fait passagers et nous estimons que cette intervention doit, comme la ponction capillaire, être considérée comme une opération purement palliative.

3° La laparotomie exploratrice

pure a été vantée par Madelung et par Brentano. D'après ce dernier, la simple ouverture de l'abdomen aurait d'excellents résultats dans le mégacôlon congénital ; Brentano va même plus loin, et prétend que les seuls cas opérés avec succès sont ceux où l'on s'est borné à ce mode d'intervention.

Nous nous permettrons d'émettre quelques doutes sur l'efficacité de cette méthode, car si nous saisissons très bien que, dans la péritonite tuberculeuse par exemple, la circulation péritonéale puisse être influencée dans un sens favorable par la laparotomie, nous ne voyons pas trop par quel mécanisme cette opération pourrait agir sur un mégacôlon accompagné d'une tumeur volumineuse très compacte et très difficile à expulser. D'ailleurs, contre les idées de Brentano protestent les divers cas exposés ci-après :

a) Le jeune garçon de 3 ans, opéré par Martin et dont nous parlons un peu plus haut, ne fut ponctionné qu'après deux laparotomies exploratrices, dont les résultats s'étaient montrés négatifs.

b) Chez un malade âgé de 14 ans, Futterer et Middeldorpf tombèrent, après ouverture du péritoine, sur d'énormes veines; aussi, par crainte d'hémorrhagies, bornèrent-ils leur intervention à une simple laparotomie; cinq jours après celle-ci, le sujet succombait.

c) Le malade de Guinard, lui, tira grand bénéfice de la laparotomie dont il fut l'objet.

d) Enfin, dans le cas de Villar, relaté dans la thèse de Chassagnard, et qui concerne un jeune homme de 16 ans et demi, on dut, un an après une laparotomie exploratrice accompagnée de ponction intestinale, faire subir au malade une opération plus complexe que nous relatons plus loin.

Nous voyons, par ces exemples, que la laparotomie exploratrice est loin d'avoir les brillants résultats que lui prête Brentano. Notons, en terminant, que, complétée par l'expression du côlon, elle a permis à Bruning et à Saint-Martin de réaliser l'évacuation du gros intestin par l'anus et qu'elle a ainsi procuré une amélioration passagère à leurs malades.

4° La colotomie

La colotomie pure et simple a été pratiquée par Brook Hawkins, Tuffier et Blanc. Sur 5 cas réunis par Duval, elle a donné 2 morts. Cette opération a pour but d'extraire du côlon un calcul fécal et cette extraction est suivie de la suture du gros intestin, avec rétrécissement de l'anse ectasié.

a) Après la laparotomie, Brook procéda, à l'aide d'un forceps lithotome, à la fragmentation du calcul fécal, en enleva les trois morceaux et sutura au catgut, en rétrécissant l'anse sigmoïde qui était ectasiée. La guérison fut complète et entretenue par un massage quotidien et un purgatif hebdomadaire.

b) Chez la malade de 20 ans, traitée par Tuffier, la colotomie permit l'extraction d'un stercorome très volumineux, pesant 1455 grammes. Cette colotomie provoqua

une amélioration passagère seulement, car, un mois après, Tuffier dut, dans une deuxième laparotomie, procéder à une entéro-anastomose avec colonoplication.

c) La malade traitée par Hawkins, âgée de 39 ans, succomba le lendemain d'une colotomie.

d) Enfin, c'est chez la malade de Blanc (25 ans) que la colotomie donna les meilleurs résultats : elle permit l'extraction d'une tumeur fécale de 350 grammes et amena la guérison, à part quelques douleurs qui se produisirent un an après l'intervention.

5° La colostomie

est, ainsi d'ailleurs que la colopexie, rejetée par Tuffier. Elle sera au même titre que la colotomie, considérée comme une opération d'urgence ou bien devra être le préliminaire d'une opération plus complexe ; en tout cas, on devra la faire immédiatement au-dessus du siège de l'ectasie.

a) La colostomie a été pratiquée par Gourevitch chez un petit garçon de 15 mois, consécutivement à une colotomie qui permit l'extraction d'une tumeur fécale importante. L'enfant succomba très rapidement.

b) Chez le petit malade auquel Osler fit un anus artificiel, les résultats furent des plus satisfaisants et, en peu de temps, l'état général qui était très mauvais, s'améliora d'une façon remarquable.

c) En ce qui concerne les adultes, Woolmer, après colopexie, fit une colostomie chez un malade de 42 ans, qui en éprouva une très notable amélioration, puisqu'il eut

ultérieurement une selle quotidienne. De son côté, chez un malade de 68 ans, Schuckmann fit suivre la colostomie d'une colotomie. Les résultats furent mauvais et, le lendemain de l'intervention, le malade succombait.

Notons, en terminant, ce qui a trait à la colostomie, les brillants résultats obtenus par Villar ; il procéda d'abord à une colostomie, mais il la fit suivre de l'extériorisation du gros intestin, sur une étendue de 50 centimètres ; quatre jours après, il réséqua cette anse et ultérieurement il fit une entérorraphie circulaire. Consécutivement à ces diverses interventions, l'état de son jeune malade redevint excellent.

Mais nous voyons encore, par ce dernier exemple, que la colostomie a dû, pour être efficace, être suivie d'une série d'autres opérations.

6° La colopexie

peut être haute (ou lombaire) et basse (ou iliaque). Ses résultats ont été satisfaisants chez le petit malade de sept ans qu'a observé Friedheim. Chez un des sujets de Woolmer, la colopexie simple a amené une guérison entière et définitive. Chez l'autre sujet, la colopexie accompagnée de colostomie a donné, comme nous l'avons vu plus haut, d'excellents résultats. Richardson dut, chez sa malade, faire cinq laparotomies : dans la quatrième il fit une colopexie, qui dut être suivie de colectomie ; Roux de Brignoles, après laparatomie et ponction intestinale, fit une colopexie qui amena une grande amélioration. Celle-ci se convertit en guérison complète, grâce à l'emploi régulier du massage et de l'électricité.

En résumé, nous voyons que, dans quelques cas, la

colopexie a donné des résultats satisfaisants. Elle a pourtant un inconvénient, sur lequel Duval a particulièrement insisté : c'est de « laisser sur le tube digestif un segment dilaté, de mobilité compromise » et, à ce titre, il y aura lieu de lui préférer certaine autre intervention, dont nous nous proposons de parler plus loin.

7° Entéro-anastomose simple

Une anastomose latérale de l'intestin au-dessus et au-dessous de la portion dilatée donna à Bureau des résultats tout à fait passagers chez son malade, car la constipation ne cessa nullement chez lui.

Borélius, d'autre part, ainsi que Ito et Soyesima obtint des résultats si peu avantageux par cette intervention qu'il dût ultérieurement la compléter par une résection intestinale ; celle-ci fut particulièrement importante dans le cas observé par Ito et Soyésima. Hawkins, chez une femme de 46 ans, obtint, après anastomose du côlon iliaque et de la partie inférieure du côlon pelvien, des résultats satisfaisants ; mais un volvulus ultérieur l'amena à faire successivement une colectomie et une colopexie. Tuffier, chez une jeune fille de 20 ans, pratiqua une anastomose entre la portion saine du côlon descendant et celle du rectum. Il y joignit l'exclusion partielle de l'anse ectasiée et la guérison fut complète.

Chez les enfants, Perthes, Neugebauer et Hawkins obtinrent, il est vrai, une amélioration plus ou moins importante, mais ces cas ne sauraient suffire pour nous faire admettre l'entéro-anastomose non suivie de résection intestinale comme une opération de choix devant être pratiquée contre le mégacôlon congénital. Il semble bien, en

effet, d'après les quelques exemples qui en existent, que cette entéro-anastomose ne puisse donner des résultats satisfaisants que si on lui associe une colectomie :

8° Entéro-anastomose avec colectomie

Cette opération pourra se faire en un seul temps, comme le préconise Duval ou en deux, suivant l'état du malade, qu'il y aura toujours lieu de prendre en considération : s'il se trouve particulièrement affaibli, il faudra appliquer la méthode recommandée par Villar et consistant à faire l'opération en plusieurs temps :

A. Dans un premier temps, extériorisation de l'anse malade et constitution d'un anus iliaque ;
B. Dans un deuxième temps, résection de l'anse malade ;
C. Dans un troisième temps, cure de l'anus iliaque.

Mais que l'opération soit pratiquée, suivant l'état du malade, en un ou plusieurs temps, il semble bien que ce soit à elle que doivent aller nos préférences. Quelques exemples justifieront d'ailleurs notre assertion : faite en un seul temps, la colectomie jointe à l'entéro-anastomose a donné de bons résultats à Perthes, Trèves et Fabre de Parrel ; les effets furent moins remarquables dans les cas traités par Richardson et par Borélius : le premier dut notamment, en raison d'une nouvelle dilatation survenue au niveau du côlon, pratiquer une deuxième colectomie.

Quoiqu'il en soit, nous croyons utile de rappeler ici les sages conseils d'Arbuthnot-Lane qui a insisté sur la nécessité de faire aux malades qu'on colectomise, d'abondan-

tes injections préalables de sérum artificiel : on augmente ainsi leur résistance et, si on ne supprime pas les vomissements entièrement, on en diminue du moins de beaucoup l'importance.

En regard de l'entéro-anastomose avec exclusion du segment dilaté, il nous reste maintenant à parler de

9° L'iléo-sigmoidostomie

méthode recommandée notamment par Lejars et par Guinard et pratiquée avec succès par Morestin : dans le cas traité par ce dernier, chez un jeune garçon de 15 ans, deux crises graves d'obstruction intestinale furent enrayées par la fragmentation, à la cuiller, d'une importante masse fécale. La crainte de voir pareil accident se reproduire détermina l'enfant et sa famille à accepter une intervention plus effective : celle-ci consista dans « l'anastomose de la dernière anse de l'iléon avec l'ampoule recto-colique le plus bas possible, s'accompagnant de la section de l'iléon au voisinage du cœcum et de la fermeture des deux bouts, de façon à obtenir l'exclusion de tout le segment de gros intestin compris entre son origine et la dilatation. » Les suites de l'intervention furent parfaites et le malade eut désormais des selles normales.

Il semble, d'après ce cas, que l'exclusion unilatérale du gros intestin soit une opération avantageuse. En tout cas, comme le fait remarquer Morestin, étant donné que la dilatation s'étendait jusqu'au plancher pelvien, on ne pouvait songer ni à faire l'entéro-anastomose au-dessous de la partie dilatée, ni à extirper cette portion ectasiée. L'exclusion unilatérale du gros intestin était donc la seule opération possible.

Après iléo-sigmoïdostomie, il faudra, ainsi que le recommande Lejars « que les évacuations rectales soient surveillées de très près et journalières », de façon à éviter le reflux des matières dans le cœcum et la création ainsi produite de nouveaux accidents.

Notons, en terminant, que Morestin, tout récemment (1) vient encore de faire ressortir les avantages de cette opération à propos d'une femme qu'il a guérie d'une constipation invétérée, par iléo-sigmoïdostomie, avec exclusion du côté cœcal. Il s'agissait d'ailleurs, dans l'occurence, d'un intestin très mince et plus long que d'habitude. Ce cas ne rentre évidemment pas dans le cadre des dilatations idiopathiques du gros intestin, mais montre bien les avantages que peut avoir l'opération pour remédier à la constipation invétérée en elle-même.

10° La colonoplication

a été prônée spécialement par Bastianelli qui obtint, grâce à elle, des résultats particulièrement avantageux chez un jeune garçon de 14 ans. Cet enfant avait commencé, à l'âge de 4 ans, à présenter des symptômes de mégacôlon congénital. Bastianelli fit une colotomie et arriva, par colonoplication, à « réduire le calibre du côlon descendant et du côlon transverse au diamètre d'un avant-bras d'adulte ». Les selles furent désormais normales ; l'état général, particulièrement atteint chez ce jeune garçon, s'améliora rapidement.

Bastianelli fait, de la colonoplication, l'opération de

---

(1) *in « Bull. et mém. de la Soc. de chir. »* T. XXXVI, n° 20 (juin 1910), p. 14.

choix pour les dilatations coliques totales aussi bien que partielles, et estime qu'il y aurait peut-être lieu de faire de la colotomie un temps préparatoire de la colonoplication.

11° La rectoplication

a, de son côté, été chaudement préconisée par Pozzi, qui s'exprime ainsi : « il semble qu'une ressource suffisante est offerte au chirurgien par la diminution de calibre de l'intestin à l'aide de sutures de Lembert convenablement disposées, en une ou plusieurs séries pour prendre « des ris », si j'ose ainsi m'exprimer, sur la paroi : je propose, pour cette manœuvre, le nom de rectoplication. »

De fait, Pozzi a pratiqué avec succès cette intervention sur un jeune homme de 17 ans, chez lequel, par la laparotomie il découvrit qu'une volumineuse ectasie avait frappé le gros intestin au point de jonction du rectum et de l'S iliaque. Une rectotomie et une rectoplication suivirent. La guérison fut rapide et le léger degré de paresse intestinale que conserva le sujet pendant quelque temps, finit par céder devant le massage et l'emploi de l'électricité sous forme de courants continus.

Il nous reste, pour en terminer avec l'étude des procédés chirurgicaux utilisés contre le mégacôlon congénital, à dire quelques mots de

12° L'appendicostomie

L'opération de Weir a spécialement été préconisée par Segond dans le cas d'obstruction intestinale provoquée par la présence d'un néoplasme. D'après Lapeyre, il y a lieu, d'autre part, de « l'utiliser au moins à titre com-

plémentaire, dans certaines occlusions d'origine paralytique atteignant le gros intestin.

Etant donné que beaucoup de chirurgiens se plaisent à vanter la facilité et la bénignité de cette opération, il semble bien qu'on doive lui faire une place dans la thérapeutique chirurgicale du mégacôlon congénital. Elle a d'ailleurs un avantage puissant, sur lequel Guinard insiste : c'est que, grâce à l'appendicostomie et à l'introduction qu'on y fait d'une petite sonde dans l'appendice iléo-cœcal, on peut donner des lavements qui balaient le côlon dans le sens du péristaltisme normal.

Nous résumerons ce long exposé du traitement chirurgical de la maladie de Hirschsprung par les considérations suivantes :

1° Nous éliminerons du nombre des opérations vraiment curatives la ponction intestinale, la laparotomie exploratrice, la colotomie et la colostomie, pour les laisser au simple rang d'opérations palliatives.

2° Nous mettrons au-dessus de ces interventions, au point de vue de leur valeur, la coloplexie, la colonoplication et la rectoplication ; mais nous leur préférons encore de beaucoup soit l'entéro-anastomose avec colectomie, soit l'iléo-sigmoïdostomie.

3° Enfin, nous croyons que l'appendicostomie pourra donner de bons effets dans le traitement du mégacôlon congénital.

Nous avons d'ailleurs jugé à propos d'établir personnellement un relevé des diverses opérations qui ont été mises en œuvre ; le nombre des cas réunis par nous dans ce relevé est assez limité, étant donné qu'un grand nom-

bre d'observations ne fournissent pas tous les détails désirables sur les faits qui ont accompagné ou suivi l'intervention ; nous avons ainsi réuni 57 cas, sur lesquels 40 concernent des individus âgés de trois semaines à 20 ans et 17 des individus ayant de 20 à 68 ans. Le tableau suivant met en relief aussi bien chez les enfants que chez les adultes les grands avantages de l'entéro-anastomose accompagnée de colectomie :

1° Relevé portant sur les sujets de 3 semaines à 20 ans

Noms des Auteurs	Opérations pratiquées	Résultats
Hirschsprung, Martin, Hobbs et Richemond	Ponction capillaire.	Mort.
Wilkie	»	Amélioration.
Fitz	»	Pas d'amélioration.
Hawkins, Wilkie, Roth, Hue, Fletcher et Robinson, Futterer et Middeldorpf	Laparotomie exploratrice.	Mort.
Hawkins	»	Malade perdu de vue.
Skelding et Guinard	»	Guérison.
Griffiths, Hawkins, D'Espine et Picot.	Colotomie.	Mort.
Dubourg	»	Amélioration.
Pfisterer, Gourevitch, Cerné	Colostomie.	Mort.
Schnitzler, Perthes	»	Guérison.
Osler	»	Amélioration.
Trèves	Colopexie.	Guérison.
Friedheim	»	Mort.
Langmead, Pluyette	Colectomie.	Mort.
Roth, Bessel-Hagen	»	Guérison.

Noms des Auteurs	Opérations pratiquées	Résultats
Hawkins.....	Entéro-anastomose simple.	Mort.
Neugebauer.....	»	Guérison.
Bureau..... ...	»	Amélioration.
Ito et Soyesima, Villar, Tuffier...	Entéro anastomose avec colectomie.	Guérison.
Borélius.....	»	Amélioration.
Hartmann.....	Iléo-sigmoïdostomie.	Amélioration.
Morestin.....	»	Guérison.
Pozzi.....	Rectotomie et rectoplication.	Guérison.

2° Relevé portant sur les individus de 20 à 68 ans

Noms des Auteurs	Opérations pratiquées	Résultats
Money et Paget...	Ponction capillaire.	Mort.
Fitz.....	»	Amélioration.
Hawkins, Syers...	Colotomie.	Mort.
Brook.....	»	Guérison.
Blanc et Charlot..	Colostomie.	Guérison.
Schuckmann, Tuffier.....	»	Mort.
Woolmer (2 cas)..	Colopexie.	Guérison.
Richardson.....	»	Amélioration légère.
Roux de Brignoles.	»	»
Fabre de Parrel...	Colectomie avec entéro anastomose.	Guérison.
Hawskins.....	»	»
Fitz.....	Colectomie.	Guérison.
Harrington.....	»	Mort.
Pluyette.....	Laparotomie.	Mort.
Schwartz.....	Coloplicature avec colopexie.	Guérison.

CONCLUSIONS

De l'étude à laquelle nous venons de nous livrer, et des 151 observations que nous avons pu réunir, il ressort que :

I. — Parmi les constipations d'origine congénitale, il convient de faire une place spéciale à la maladie de Hirschsprung.

II. — Cette affection ne comporte aucun obstacle mécanique apparent ; mais elle est plus souvent pseudo-congénitale que congénitale même : dans un très grand nombre de cas, on constate des malformations ou des dispositions spéciales qui, elles, sont congénitales.

III. — Les lésions caractéristiques de la maladie de Hirschsprung consistent en dilatation du côlon (généralement côlon pelvien), et épaississement de ses parois.

IV. — L'affection frappe de préférence les enfants ; elle ne se manifeste quelquefois que chez l'adulte. De plus, elle montre une prédilection très marquée pour le sexe masculin. Les conditions d'alimentation jouent un certain rôle dans le développement de l'affection chez l'enfant.

V. — La pathogénie du mégacôlon congénital a fait l'objet de nombreuses théories ; parmi elles, celle qui considère la dilatation colique comme secondaire à la présence d'obstacles mécaniques d'origine congénitale, nous semble pouvoir s'appliquer à la plupart des cas.

VI. — Les symptômes fondamentaux de l'affection — qu'elle soit réellement idiopathique ou non — consistent en constipation opiniâtre, distension abdominale et contractions péristaltiques intenses.

VII. — Le diagnostic, relativement facile étant donnée la triade symptomatique de l'affection, sera utilement complété par la radioscopie, la diaphanoscopie et la rectoscopie supérieure.

VIII. — L'évolution de cette affection est souvent très rapide dans le jeune âge où, soit des manifestations de stercorémie, soit des maladies intercurrentes viennent assombrir le pronostic. Les adultes, eux, sont généralement victimes de crises d'occlusion intestinale.

IX. — Le traitement sera médical ou chirurgical :

a). Le premier, qui aura en général beaucoup plus de succès chez l'enfant que chez l'adulte, aura pour base les lavages intestinaux et le massage abdominal. Il devra toujours être appliqué avant le traitement chirurgical ; celui-ci pourra parfois même être évité si on emploie les moyens médicaux en temps voulu et avec beaucoup de persévérance. En tout cas, le traitement médical sera un complément utile des interventions chirurgicales.

b). Celles-ci on été des plus variées. On devra, pour choisir entre elles, avoir égard à l'état général du sujet. La laparotomie exploratrice, la dilatation anale, la colotomie et la colostomie seront à considérer comme purement palliatives. Il y a lieu d'attacher plus de valeur à l'entéro-anastomose, à la colonoplication, à la rectoplication et à l'appendicostomie. Mais toutes nos préférences seront réservées suivant les cas, soit à l'iléo-sigmoïdostomie, soit à l'entéro-anastomose accompagnée de colectomie.

Vu :
Nancy, le 4 Juillet 1910.
Le Président de la Thèse :
A. HERRGOTT.

Vu :
Nancy le 7 Juillet 1910.
Le Doyen :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 8 Juillet 1910.
Le Recteur de l'Académie :
Ch. ADAM.
Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alglave (P.). — Un cas de mégacœcum, consécutif à une disposition vicieuse du côlon ascendant, elle-même provoquée par une ectopie rénale droite. *Bull. et Mém. Soc. Anatom.* (Paris), 1904, T. LXXIX, p. 443.

Apert. — Constipation du nourrisson ; mégacôlon (*in Précis des maladies des enfants*, 1909).

Baginsky (A.). — Demonstration der Präparate eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit. *Berlin, Klin. Woch*, 1904, XLI, p. 1252.

Banks. — *Dublin, Journal of medical sciences*, 1846, p. 285.

Bar. — Un cas de mégacôlon chez un enfant de 5 mois ; *in Bull. de la Soc. d'Obstétrique de Paris*, 1910, p. 172.

Baron. — Ueber zwei Fälle von Hirschsprungscher Krankeit ; *in Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1907.

Bastianelli. — 1° *in* Concetti (*Archiv. f. Kinderheilk*, 1899, XXVII, p. 319).

— 2° La colonoplication comme moyen de traitement des colonectasies essentielles totales ou partielles (*in Sem. méd. Paris*, 1905, p. 342).

Baumel. — Un cas de mégacôlon observé chez un enfant atteint de paralysie infantile (*Journal des Praticiens*, n° 26, juin 1910, p. 401).

Baumgartner (A.). — Le mégacôlon (*in Presse méd. Paris*, 1907, p. 634).

Berti. — *La Pediatria*, 1895, p. 116-161.

Bessel-Hagen. — Centralb. f. Chir. 1908 (analyse dans *Presse méd. Paris*, 1908, p. 468).

Bing (A.). — Zur Kenntniss der Hirschsprungschen Krankheit und ihrer Ætiologie (*in Arch, f. Kinderheilk* (Stuttgart), 1906, XLIV, p. 59-.

Bittorf (A.). — Zur Pathogenese der angeborenen Stuhlverstopfung (Hirschsprungsche Krankheit). *Münchener med. Woch.*, 1906, LIII, 265).

Bjorkstein. — Un cas de dilatation congénitale du côlon chez un enfant. (*Jahrb. f. Hinderts*, 1902, p. 714-725).

Blanc. — Dilatation de l'intestin. (*Loire médicale*, 1907, p. 324.).

Brentano. — Ueber einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit. (*Verhandl. der* 33 ten. *Chir. Cong. Berlin* 1904, I, s. 265).

Bristowe. — *In Brit. med. Journ*, 1885, p. 1086.

Brook (W.-P.). — Congenital hypertrophy and dilatation of the sigmoïd flexure (*Brit. med. Journ.* 1905, I, p. 1035).

Bureau. — Un cas de dilatation idiopathique du côlon. (*Gaz. méd. de Nantes*, 1908, p. 301-313).

Cadet. — Dilatation idiopathique du gros intestin (*Lyon méd.*, 1905, CIV, p. 578).

Cautley. — Dilatation du gros intestin. (*Report Soc. study. diseas. children London*, 1906, p. 68-71).

Cerné. — Maladie de Hirschsprung (*Normandie médicale*, 1908, p. 182-184).

Chapmann. — *In Brit med. Journ.*, 1878, V. 1.

Chassagnard (J.-B.-M.). — « Contribution à l'étude du mégacôlon ou dilatation idiopathique du gros intestin (Maladie de Hirschsprung) ». Thèse méd., Bordeaux, 1909.

Cheadle. — « *The Lancet* », 1886, p. 1117.

Cheinisse (L.). — La dilatation idiopathique ou congénitale du côlon (*Semaine méd. Paris*, 1904, p. 369).

Chiari. — Démonstration eines Falles von Hirschsprungscher Krankheit (*Verhandl. d. deut. pathol. Gesell*, 1904, VIII, p. 152).

Ciechanowski (S.). — Pneumatosis cystoïdes intestinorum (*Przegl. lek.* (Krakow), 1904, XLIII, 1, 22).

Clemens. — Sur la maladie de Hirschsprung (*Münch, med. Wochens*, 1907, p. 2502).

Collin (R.). — Modifications topographiques des organes splanchniques avec dilatation du côlon transverse chez un enfant de 11 mois (*in Bibliographie anatomique*, fasc. 6, T. XIII, p. 292 et suiv.).

Concetti. — *Archiv. für Kinderheilk*, 1899, XXVII, p. 319.

Culan. — « Le mégacôlon congénital ou dilatation idiopathique du gros intestin (maladie de Hirschsprung) », thèse méd. Paris, 1910.

Danzinger. — Beitrag zur Kenntniss der Hirschsprungschen Krankheit (inaug. dissert. Berlin, 1907).

Delcourt (A.). — 1° Dilatation congénitale du côlon (*J. méd. de Bruxelles* 1905, X, p. 695).

— 2° Dilatation congénitale du côlon (*Polyclinique* (Bruxelles) 1905, XIV, 22 ; et *Presse méd. Belge*, 1905, LVII, 15).

Delmas. — Considérations sur le mégacôlon ou maladie de Hirschsprung (*La Clinique*, 1908, p. 298).

Demons. — Du coprome ou scatome infantile. (Congr. de Chir., Paris, 1896, p. 49).

Dubourg. — Mém. de la Soc. de Méd. et de Chir., Bordeaux, 1898, p. 172.

Dupleix. — Dilatation énorme de l'S iliaque (*Progrès médical*, 1877, p. 953).

Duval. — 1° Dilatation dite idiopathique du gros intestin. (*Revue de Chir.*, 1903, n°s 3, 4 et 5).

— 2° Les résultats opératoires du traitement du mégacôlon (*Revue de Chir.* 1909, T. 40, p. 506).

Ebers. — Gesch. eines seltenen Falles von Ileus (*Hufelands Journ. der. Prakt. Heilk.* T. LXXXIII, 1836, p. 62).

Escherisch. — Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit (*Wien. Klin. Therap. Woch*, 1906, XIII, 55).

Fabre de Parrel. — Maladie de Hirschsprung (*Normandie médicale*, 1908, p. 173-175).

Favalli. — *Gazetta med. di Milano*, 1846, V. p. 213.

Feldman. — Dilatation congénitale du côlon (*Brit. med. Journ.*, Lond. 1908, p. 260).

Fenton (W.-J.). — Constipation in infants and young children (*Edimb. med. Journ.*, août 1903).

Fenwick. .. *British med. Journ.* (1er septembre 1900).

Fitz. — *American Journ. of the med. sciences* (août 1899).

Fleming. — Report of a case of congenital dilatation of the colon ; operation, recovery. (*Colorado med. J.* (Denwer), 1903-04, I., p. 160).

Fletcher et Robinson. — A case of idiopathic dilatation of the rectum and the colon as far as the hepatic flexure. (*Brit. med. Journ.*, 16 fév. 1907, p. 370).

Formad. — *University med. Magazine*, Philadelphia, 1892, p. 625.

Friedheim. — Fall von Hirschprungscher Krankheit (*Deutsch med. Woch.* (Leipzig), 1904, XXX, p. 1305).

Frœlich. — Maladie de Hirschsprung (*Pratique des Maladies des Enfants*, 1910, T. VII).

Fuiney. — Maladie de Hirschsprung (*Surg. gyn and obst.* Chicago, 1908, p. 624-643).

Furiro. — Un cas de maladie de Hirschsprung (*Schinburs. Tokio*, 1907, p. 246-250).

Futterer et Middeldorpf. — *Virchow's Archiv.* 1886, p. 555.

Galliard. — Maladies de l'intestin (*in Nouveau Traité de médecine*, de Brouardel, Gilbert et Thoinot).

Gaujoux. — *Archives de méd. des Enfants*, 1908, p. 721-755.

Gaume. — *Revue des Maladies de l'enfance*, 1886, IX, p. 155.

Gee. — *Saint-Bartholomew Hospital. Reports*, 1884, XX, p. 19).

Genersich. — *Jahrb. f. Kinderheilk.* 1893, XXXVII p. 91.

Germer. — Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit durch Enteroanastomose geheilt (*Deutsch Zeitsch f. Chir.*, t. LXXXIX, p. 38).

Giordano. — Traitement chirurgical de la colonectasie. (*Archives internat. de Chir.*, 1903, I., p. 1).

Gourevitch. — Zur Kasuistik der Hirschsprungschen Krankheit (*Prager med. Woch*, 1904, XXIX, p. 607-623).

Graanboom. — 1° Jets over de zickte von Hirschsprung (megacolon congenitum) naar aanleiding von een waargenanen geval (*Nederl. Tidjsch. v. Geneesk* (Amsterdam), 1905, 2, I, XLI, d. I, p. 442).

— 2° Ziskte van Hirschsprung (*Nederl. Tidjsch. v. Geneesk* (Amsterdam), 1905, 2 r. XLI, d. I, p. 1009).

Griffiths. — *Amer. Journ. of the med. Sciences*, sept. 1899.

Guinard. — Maladie de Hirschsprung, in « Affections chirurgicales de l'abdomen » (*Traité de Chirurgie clinique et opératoire*, de Le Dentu et P. Delbet).

Guinon et Reubsaët. — Un cas de maladie de Hirschsprung (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1907, p. 1542).

Gwyme. — Un cas de dilatation congénitale du côlon sigmoïde (*Quarterly med. Journ.*, Sheffield, 1901, 2 X, p. 335).

Hadden. — *International Clinics*, 1893, IV, p. 53).

Hall. — Dilatation congénitale du gros intestin (*Arch. Pediatr.*, 1903, p. 29-32).

Hartmann. — Constipation congénitale liée à une atrophie du côlon pelvien (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, T. XXXIII, 1907, p. 971).

Haushalter. — Dilatation du côlon transverse chez un enfant de 11 mois (*Rev. méd. de l'Est* (Nancy), 1904, XXXIV, p. 275).

Hawkins. — Remarks on idiopathic dilatation of the colon (*Brit. med. Journ.*, 2 mars 1907).

Hichens. — *The Lancet*, 1898, p. 1121.

Hilbert. — Fall von Hirschsprungscher Krankheit bei einer Erwachsenen (*Deutsch med. Wochens.* (Leipzig), 1905, XXXI, p. 2035).

Hirschsprung. — 1° *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1888, t. XXVII.

— 2° « Festschrift zùm Geburtstage des Her. Henoch »; (Berlin, 1890, p. 78).

— 3° Dilatation congénitale du côlon (*in Traité des Maladies de l'Enfance*, de Grancher, Comby et Marfan, 1904, T. II, p. 241).

Hobbs et de Richemond. — *La Médecine moderne*, 1898, p. 652.

Hue (F.). — Dilatation congénitale du gros intestin (*Normandie médicale*, 1er mai 1907).

Hughes. — Transactions of the pathol, Soc. of. Philadelphia, 1887, p. 40.

Ibrahim (J.). — Ein Beitrag zur Pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit (*Deutsch. med. Wochens.* (Leipzig), XXXI, 1905).

Ito et Soyesima. — Etude sur la maladie de Hirschsprung (*Deut. Zeit. f. Chir.* Leipzig, 1907, p. 459).

Jayle. — La dilatation congénitale idiopathique du côlon observée au XVIIe siècle (*in Presse méd. Paris*, 1909, p. 803).

JOHANNESSEN. — La dilatation hypertrophique du gros intestin chez l'enfant (*Rev. mensuelle des mal. de l'enfance*, février 1900).

JOUKOWSKY. — Dilatation congénitale du gros intestin avec hypertrophie des parois de tout l'intestin, sténose du duodénum et hernie interne (*Med. Obozr*, 1903, LIX, p. 7).

KHIEN (G.). — Zur Kasuistik der Colonektasien bei Kindern (*Strassburger, med. Zeit*, 1904, I. 128).

KOËPPE. — Zur Kenntniss der Hirschsprungschen Krankheit (*Monatschr. f. Kinderheilk*, 1908, Bd VI, n° 10, p. 496).

KOHTS. — Ueber einige Falle von Hirschsprungscher Krankheit (*Therap. der Gegenwart*, 1908 n° 5 p. 193).

LANGMEAD. — Procedings of the Royal Soc. of. Med., (juin 1909).

LAPEYRE. — 1° Contribution à l'étude de la pathologie et de la chirurgie du côlon pelvien (*Gaz. méd. du Centre*, 1906, p. 179).

— 2° Contribution à l'étude de l'appendicostomie dans le traitement des occlusions ayant pour siège le gros intestin (Congr. de Chir. 1905, p. 776).

LE CALMÉ (J.). — « Le mégacôlon ou maladie de Hirschsprung dilatation congénitale du côlon) », thèse méd. Paris, 1908).

LEJARS. — Les formes graves de la constipation et leur traitement chirurgical (*Sem. méd. Paris*, 1904, p. 420).

LE ROY DES BARRES. — Sur un cas de dilatation idiopathique du gros intestin (*Gazette des Hôpitaux, Paris*, 1903, p. 871).

LÉVI (J.-V.). — Congenital dilatation of the colon (*Ann. gyn. and ped.* (Boston), 1904, XVII, p. 10).

LITTRÉ ET GILBERT. — Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent, 1908 (article : *Maladie de Hirschsprung*).

LŒPER. — Dilatation congénitale du côlon (maladie de Hirschsprung), *in Manuel des Maladies du tube digestif*, de Debove, Achard et Castaigne.

LÖWENSTEIN. — Centralb. f. path. Anat., 1907.

MARFAN. — 1° *Traité des Maladies de l'enfance*, de Grancher, Comby et Marfan, 1897, T. II, p. 660.

— 2° *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1895, XIII, p. 153).

MARTIN. — *Montréal med. Journ*, 1897, XXV, p. 697.

MÉRY, GUILLEMOT ET GENÉVRIER. — Maladie de Hirschsprung. Dilatation congénitale du côlon (*in Pratique des Maladies des Enfants*, 1910, T. II).

MEYNIER (E.). — Contributo clinico allo studio del megacolon congenito (*Policlin.* (Roma), 1904, XI, p. 1407).

MONEY. — *The Lancet*, 1888.

MORESTIN. — 1° *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1909, XXXV, n° 13.

— 2° Dilatation idiopathique du côlon et du rectum. (*Bull. de la Soc. de Chir.*, n° du 22 mars 1910).

MOUGES. — Un cas de maladie de Hirschsprung. Anomalie du lobe gauche du foie (*Marseille méd.*, 1907, p. 175).

MULBERGER (A.). — Ueber die dilatatio et hypertrophia coli (Hirschsprung) (*Zeitschr. f. Klin. med.* (Berlin), 1905, LVII, p. 374).

MURAKA. — Deux cas de maladie de Hirschsprung (*Jitwa zasshi* ; Tokio, 1907, p. 116-126).

MURRAY (R.-W). — Idiopathic dilatation of the côlon (*Liverpool med. chir., J.* 1903, XXIII, p. 339).

MYA. — *Lo sperimentale*, 1894.

NETER. — 1° Die Beziehungen der congenitalen Anomalien des *S* romanum zur habituellen Verstopfung im Kindesalter zur Hirschsprungschen Krankheit) und zum Volvulus flexuræ sigmoïdæ der Erwachsenen (*Arch. f. Kinderheilk*, 1901, XXXII, p. 3-4).

— 2° Zur pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit (*Münch. med. Wochens.* 1907, p. 1817).

NEUGEBAUER. — Zur Diagnose und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit (*Arch. f. Kl. Chir.* 1907, B. LXXXII, p. 503).

OKYNCZYK. — Atrésie congénitale du côlon (microcôlon), ses relations avec la maladie de Hirschsprung. (*Rev. de Chir.*, 1909, T. XXXX, p. 867).

OSLER. — *Arch. of. Pediatrics*, Londres, 1893, p. 113.

OULMONT. — *Bulletin de la Société Anatomique de Paris* 1843, p. 336).

PEAKOK. — Transactions of the path. Soc. of. London, 1872, v. 23, 104.

Perthes (G.). — 1° Opportunité de l'intervention chirurgicale dans la maladie de Hirschsprung (*J. de Chir. et Ann. de la Soc. Belge de Chir.* (Bruxelles), 1905, v. 225).

— 2° Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit (megacolon congenitum). (*Arch. f. Klin. Chir.* (Berlin), 1905, LXXVII, I, p. 42).

Petriwalsky. — Sur la maladie de Hirschsprung (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1908, p. 318-368).

Pfisterer (R). — Obstipation in Folge Darmabknickung Beitrag zur Lehre von der sogenannten « Hirschsprungschen Krankheit » (*Jahrb. f. Kinderheilk*, 1907).

Pluyette. — Maladie de Hirschsprung (mégacôlon) (*Marseille méd.*, 1905, XLII, p. 241).

Porro. — Soc. per la publicazione der Annali. univ. delle science e delle industria,. 1872.

Potter (P.S.). — Hirschsprung's disease. Internat. Clin. Phila, 1909, 19, s, iii, p. 196-203.

Pozzi. — Contribution au traitement opératoire de certaines tumeurs stercorales avec énorme dilatation du gros intestin (Congr. de Chir., Paris, 1905, p. 782).

Raulin. — Dilatation et hypertrophie du côlon (*Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1908, p. 89-91).

Richardson. — *Boston med. and surg. Journal*, 1901, n° 7,

Riether. — *Wiener Klin, Wochenschrift*, 1898, n° 4.

Rolleston et Haward. — Transactions clinical Society of London, 1896, p. 201.

Rotch. — Pediatrics the hygienic and med. treatment of children. Philadelphia, 1896, p. 875.

Roth. — Zur Pathologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit (*Arch. f. Klin. Chir.* 1906, II, p. 125).

Roux de Brignoles. — Un cas de dilatation idiopathique du gros intestin. (*Gaz. méd. de Paris*, n° 40, octobre 1903).

Saint-Martin. — Maladie de Hirschsprung (*Rev. méd. de la Franche-Comté* (Besançon), 1905, XIII, p. 81).

Schnitzler. — Maladie de Hirschsprung traitée opératoirement et guérie (*Soc. des Méd. de Vienne*, 14 juin 1907 ; *in Presse med.*, juillet 1907).

Schönstadt. — Communication à la Société de Médecine de Berlin (séance du 17 juillet 1907 ; *in La Clinique*, du 27 sept. 1907, p. 623).

Schreiber. — Sur la dilatation idiopathique du côlon. Maladie de Hirschsprung (*Arch. f. Verdauungskrank.* B. XIII, f. 2, 1907).

Schuckmann. — Deux cas de maladie de Hirschsprung (*Deutsch med. Wochens.* 1907, n° 6.

Schutz (R.-E.). — Ueber hyperplasierende Colitis und sigmoïditis (*Beit. z. path. Anat. und z. all Path.* (Jena), 1905, VII).

Schwartz. — Un cas de mégacôlon observé à l'occasion d'un traumatisme abdominal (*Presse méd. Paris*, 1907, p. 781).

Silberberg. — Ueber angeborene Colonerweiterung. (*Centralb. f. d. Grenzgeb. der Med. und Chir.* (Jena), 1903, VI, p. 881).

Skelding. — Un cas de dilatation congénitale du côlon (*Brit. journ. childr. dis. London*, 1907, p. 526).

Sommer. — Ein Beitrag zur Hirschsprungschen Krankheit (*Deutsch med. Wochens*, 1909, p. 31).

Stirnimann (P.). — Hirschsprungsche Krankheit oder megacolon congenitum (*Corresp. Bl. f. Schweizer Aerzte* (Bâle), 1905, XXXV, p. 569).

Syers. — Un cas de grande dilatation du côlon non due à un étranglement (*The Lancet*, Londres 1902, I, p. 21).

Tarozzi. — Maladie de Hirschsprung (*Refor. med.* Roma, 1902, p. 446-459).

Tchernow. — La dilatation du gros intestin chez les enfants (*Jahrb. f. Kinderheilk*, 1906, LXIV, p. 6).

Terrien. — Constipation congénitale et maladie de Hirschsprung (*Journ. de méd. interne*, Paris, 1909, p. 31).

Tittel. — Ueber eine angeborene Missbildung des Dickdarmes (*Wien. Klin. Wochensch.*, 26 sept. 1901).

Tordeus. — *Journal de Clinique et Thérapeutique infantiles*, 1896.

Torkel (K.). — Angeborene hochgradige Erweiterung des Dünndarmes ohne Stenose (*Deut. med. Wochens* (Leipzig), 1905, XXI, p. 344).

Toussaint (M.). — Neumatosis submucosa intestinal. (*Bold. Inst, patel.* (Mexico), 1903-04 ; 2 ép. ; I, p. 453).

Trèves. — *The Lancet*, 1898, I, p. 276.

Tuffjer. — Dilatation congénitale dite idiopathique du côlon (mégacôlon) (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 12 nov. 1907, p. 1068 et suiv.).

Valagussa. — Contributo allo studio della patogenesi del megacolon congenito (*Rev. di. Clin. pœd.* (Florence), 1903, I, 824).

Variot (G.). — Météorisme très prononcé du côlon avec péristaltisme chez un garçon de 5 ans (*Bull. de la Soc. de Pediâtrie de Paris*, 1907, p. 299-301, T. IX).

Versé. — Dilatation chronique du gros intestin dans la vieillesse (*Münchener medizinische Wochenschrift*, n° 13, 1909).

Wagner. — Maladie de Hirschsprung (*Surg. gynec. and obst.* Chicago, 1908, p. 44-46).

Walker. — *Lancet Clinic*, 19 fév. 1910 : La maladie de Hirschsprung.

Walker et Griffiths. — *Brit. med. Journ.*, 1893, II, p. 230.

Walther. — Sur le rôle de l'angle colique gauche dans les occlusions intestinales. (*Soc. de Chir. de Paris*, 25 juin 1902).

Weill. — La maladie de Hirschsprung (*in Précis de Médecine infantile*, 1905, p. 454 et 455).

Wilkie. — Hirschsprung's disease, idiopathic dilatation of the colon (*Edimb. med. Journ.*, sept. 1909).

Woolmer. — *Brit. med. Journ.*, 1899, p. 1330.

Zezas (D.-G.). — Die Hirschsprungsche Krankheit (*Fortschr. d. Med.* XXIV, 2, 1906).

Zöppfel. — Sur l'état anatomique de l'intestin dans le mégacôlon vrai et dans le pseudo-mégacôlon (*Virchow. Arch.*, 1909, CXCV, III, 1), *in Sem. med.* n° 23, juin 1910, p. 268.

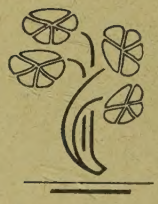
Zubizarreta (A.). — Megacolon congenito (*Semana med.* Buenos-Ayres ; 1905, X, p. 426).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction	1
Historique	1
Division du sujet	4
Anatomie pathologique	6
Etiologie	17
Pathogénie,	22
Symptomatologie	32
Diagnostic	49
Évolution-Pronostic	63
Observations	71
Observations inédites	166
Traitement	172
Conclusions	194
Index Bibliographique	197

DU MÊME AUTEUR :

(En collaboration avec M. le docteur A. Harter)

SUR LA PATHOGÉNIE DE L'ANGIOME DU FOIE

(Extrait des comptes rendus des séances de la Société de Biologie, séance de la réunion biologique de Nancy du 7 avril 1908, p. 756).